

NOUVEAUX ÉLÉMENS

DE

PATHOLOGIE

MÉDICO-CHIRURGICALE,

OU

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PAR L. CH. ROCHE,

Docteur en médecine, Membre-adjoint de l'Académie royale de Médecine, de la Société de Médecine de Paris, de la Société médicale d'Emulation, de l'Athénée de Médecine, Correspondant de la Société académique de Médecine de Marseille, etc.

ET L. J. SANSON,

Docteur en chirurgie, Chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu de Paris, Chirurgien ordinaire du troisième dispensaire de la Société philanthropique, Membre de la Société de Médecine de Paris, de la Société médicale d'Emulation, etc.

SECONDE ÉDITION.

TOME DEUXIÈME.

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

Rue de l'École-de-Médecine, nº 13 *bis;*

LONDRES, MÊME MAISON, 3 BEDFORD STREET, BEDFORD SQUARE.

BRUXELLES, AU DÉPOT DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE FRANÇAISE.

1828.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

NOUVEAUX ÉLÉMENS

DE PATHOLOGIE

MÉDICO-CHIRURGICALE.

INFLAMMATIONS.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME FIBREUX.

Considérations générales.

Les membranes fibreuses proprement dites, les capsules fibreuses, les gaînes tendineuses, les aponévroses, les tendons et les ligamens appartiennent tous à ce même système.

Formé de fibres blanches ou jaunes, tantôt parallèles et tantôt entre-croisées en divers sens, dures et légèrement élastiques, le tissu fibreux est partout d'une densité remarquable et d'une consistance assez grande. On ne lui connaît point de vaisseaux sanguins dans quelques-unes de ces parties, telles que les tendons; il en existe très-peu dans les autres portions, excepté dans la dure-mère et le périoste; enfin les dissections les plus délicates n'ont pu faire découvrir de nerfs dans aucun point de ce système, et les vaisseaux lymphatiques n'ont été rencontrés que dans les plus gros faisceaux. Non contractile, il est sensible à l'action des stimulans de toute espèce, et ne cause de la douleur que lorsqu'on le soumet à une extension violente et subite accompagnée de torsion. Ses fonctions sont purement mécaniques; il sert de moyen d'union et d'attache

solide entre les os (ligamens) ; il transmet à ces leviers, d'une manière tout-à-fait passive, les efforts musculaires (tendons) ; enfin, il forme des enveloppes solides à différentes parties (périoste, dure-mère, sclérotique, aponévroses, capsules fibreuses, gaînes tendineuses, etc.).

Presque toutes les parties de ce système sympathisent entre elles, les tendons exceptés, qui de toutes possèdent le moins de vitalité. Cette relation est surtout très-active entre celles qui entourent les articulations des membres, comme l'observation de l'*arthrite* en fournit tous les jours la preuve. Il est en même temps uni par d'étroites sympathies avec les autres organes et surtout avec le cœur et l'estomac. Mais il faut remarquer que ces liaisons sympathiques ne se prononcent que dans les cas d'inflammation, et qu'on en cherche en vain la trace dans l'état de santé ; ce qui prouve que, quoique actives, elles le sont moins que celles qui existent entre les principaux organes.

L'inflammation est le seul mode d'irritation connu dans le système fibreux ; elle y est aiguë ou chronique, mais plus fréquente sous cette dernière forme. En général, une rougeur peu marquée, un gonflement presque insensible, une chaleur assez vive et beaucoup de douleur en forment les principaux traits. On lui donne aussi pour caractères, d'être très-mobile, c'est-à-dire de se porter rapidement, et pour la cause la plus légère, d'un point du système fibreux à l'autre, de pouvoir se résoudre même après un temps très-long, de parcourir très-lentement ses périodes alors même qu'elle est aiguë, de tendre à débuter sous forme chronique ou à la revêtir après avoir été aiguë, enfin de se terminer souvent par des dépôts de gélatine ou d'albumine et des concrétions calcaires. Ces particularités trouvent une explication naturelle dans le peu d'activité organique du système fibreux, sa densité, sa texture, son mode de nutrition et la nature des matériaux qu'il s'approprie. La plupart cependant se représentent dans d'autres tissus; toutefois

elles n'y sont pas aussi marquées que dans celui-ci. Mais un de ces caractères appartient en propre aux phlegmasies du système fibreux, c'est celui de leur terminaison par des dépôts de gélatine ou d'albumine, auquel on peut joindre, mais comme caractère négatif, celui de donner rarement lieu à de véritables suppurations. L'injection sanguine des tissus, leur ramollissement, les végétations, les dépôts d'albumine ou de gélatine, les concrétions calcaires, et, dans quelques cas, des ossifications, sont les traces que laisse après elle l'inflammation du système fibreux en général.

Nous ne nous occuperons pas des inflammations de la dure-mère, du feuillet fibreux du péricarde, de la membrane propre du rein, de celle de la rate, de la tunique fibreuse ou albuginée des testicules et des ovaires, de l'enveloppe fibreuse de la verge et du clitoris, des ligamens intervertébraux, des aponévroses, des gaînes tendineuses, des tendons et des capsules fibreuses. Ces inflammations, ou n'existent jamais isolées, ou n'ont pas de signes propres qui puissent permettre de les reconnaître. La dure-mère ne s'enflamme ordinairement que lorsqu'elle est mise à nu, et son inflammation n'est alors qu'un accident secondaire dans la maladie. (Voyez *Lésions de continuité.*) Si la phlegmasie est quelquefois primitive, comme il n'est pas permis d'en douter, on n'en connaît pas les signes; les fongus de cette membrane naissent très-probablement sous l'influence de son inflammation chronique. (Voyez *Productions morbides.*) Le feuillet fibreux du péricarde s'enflamme peut-être isolément quelquefois, et c'est probablement par lui que commence ordinairement la péricardite qui succède à la disparition subite d'une arthrite; mais comment le savoir pendant la vie? L'inflammation de la membrane propre du rein et celle de la rate peuvent se développer peut-être dans la même circonstance: mais elles sont bien plus fréquemment sans doute consécutives à la péritonite, ou à la néphrite, ou à la splénite elles-mêmes, et d'ailleurs, comme les précédentes, elles man-

quent de signes propres. La tunique fibreuse ou albuginée des testicules présente quelquefois des fongus, ce qui prouve qu'elle peut être irritée isolément, mais la même obscurité règne sur son diagnostic. On ne sait absolument rien sur l'inflammation de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Quelques auteurs pensent que la carie des vertèbres commence souvent par l'inflammation des ligamens intervertébraux, mais ce n'est qu'une supposition dont il est difficile d'administrer la preuve; et puis, c'est encore la même absence de signes diagnostiques. On ne peut que supposer également l'inflammation des aponévroses et des gaînes tendineuses; celle des tendons est plus que douteuse; enfin les capsules fibreuses ne s'enflamment très-probablement que consécutivement aux membranes synoviales qu'elles recouvrent plus ou moins complètement. Nous n'aurons donc à étudier que les inflammations de la cornée, de la sclérotique, du système fibreux des articulations, et du périoste.

De la cornéite ou kératite.

On nomme ainsi l'inflammation de la cornée (1). Elle est aiguë ou chronique; on ne l'a pas observée sous forme intermittente.

Causes. L'inflammation de la cornée est le plus ordinairement produite par l'extension de celle de la conjonctive; ses causes les plus fréquentes sont donc toutes celles de cette dernière phlegmasie. Parmi ces causes, on signale cependant la variole, la rougeole, la scarlatine et le virus syphilitique, comme déterminant plus fréquemment cette extension de l'inflammation. La cornéite n'est donc que très-rarement primitive; cela n'a lieu que lorsqu'un agent chimique ou mécanique

(1) Malgré les nombreuses différences de structure qui existent entre la cornée et la sclérotique, la première de ces membranes ne nous en paraît pas moins de nature fibreuse comme la seconde.

a porté son action immédiatement et exclusivement sur la cornée.

Symptômes et *marche*. Lorsque la conjonctivite se propage à la cornée, la vue commence à s'obscurcir et les malades se plaignent de ne voir qu'à travers un nuage; on s'aperçoit que cette membrane perd de sa transparence, elle devient un peu terne; mais jusque là elle n'est encore pénétrée que par des fluides blancs. Si la conjonctivite cesse alors, la cornée reprend promptement sa diaphanéité; mais si l'inflammation s'accroît, cette membrane s'injecte de sang, quelques vaisseaux se dessinent à la circonférence, ou convergent vers le centre, ou bien sont tellement multipliés qu'elle paraît uniformément rouge. Dans ces cas, les malades ne voient plus les objets que confusément, et tout leur paraît rouge. Quelquefois la congestion se fait avec tant de force, que du sang s'extravase entre les lames de la cornée.

A ce degré, la cornéite est encore susceptible de résolution; mais lorsque l'inflammation est très-violente ou qu'elle se prolonge, la cornée se désorganise, elle perd sa cohésion, et se convertit en une pulpe gélatiniforme, d'un gris cendré et quelquefois rougeâtre (1). Cet état de ramollissement persiste pendant plusieurs semaines, tandis que les symptômes d'inflammation disparaissent; alors des vaisseaux sanguins se développent sur la conjonctive et la sclérotique, et se portent de toutes parts vers les points altérés de la cornée; cette membrane devient successivement rougeâtre, gris foncé, blanchâtre, et enfin blanche dans tous les points ramollis; elle y acquiert de la densité et devient opaque. Bientôt après les vaisseaux variqueux de la conjonctive disparaissent. Le ramollissement de la cornée n'est pas toujours précédé de son injection sanguine; le plus ordinairement il est même la suite du simple obscurcissement de cette membrane accompagnant une violente conjonctivite.

(1) *Mémoire sur la kératite*, etc., par G. Mirault, médecin à Angers, etc. *Archives générales de Médecine*, tom. III, pag. 5 et suivantes.

Dans les cas les plus graves, la cornée est non seulement ramollie, mais encore elle s'infiltre de pus, et tantôt on distingue un cercle jaune d'une ou deux lignes de largeur autour d'elle, tantôt la suppuration est bornée à une petite étendue de cette membrane, et le plus souvent à son centre. Elle est d'abord tendue, plus ou moins soulevée par le pus, et elle dépasse le niveau de la conjonctive oculaire quand la suppuration occupe son étendue. Au bout de quelques semaines, l'absorption s'empare du pus infiltré, la cornée présente bientôt çà et là des enfoncemens, des saillies et des rides, et quand toute la matière purulente est résorbée, elle s'affaise sur l'iris en perdant sa convexité. Plus tard elle finit même par s'amincir par l'absorption de son propre tissu (1).

Quelquefois, surtout chez les enfans, il arrive qu'un véritable abcès se forme dans l'épaisseur de la cornée que l'inflammation vient d'occuper. Cet abcès se forme plus ou moins profondément : il commence ordinairement par une tache dans un point quelconque de la membrane; la tache s'agrandit, s'épaissit, et prend la couleur blanche ou jaunâtre du pus qui la forme. On juge approximativement de sa situation dans l'épaisseur de la cornée, en examinant l'œil de côté. Si l'abcès est superficiel, il fait saillie à la surface de la membrane (pustule de la cornée); s'il est le plus profond possible, il semble n'être séparé de la chambre antérieure de l'œil que par la tunique de l'humeur aqueuse; l'absence de ces deux signes indique sa situation à la partie moyenne. Ces abcès se développent aussi souvent peut-être à la suite de la conjonctivite chronique qu'après l'aiguë; ils deviennent eux-mêmes causes d'un travail inflammatoire tout autour d'eux; un cercle rougeâtre les entoure, une vive douleur les accompagne ordinairement, et la difficulté avec laquelle les malades supportent l'action de la lumière ne permet qu'avec peine l'examen des yeux. La matière purulente

(1) Mirault, *Mémoire cité.*

est quelquefois résorbée ; d'autres fois l'abcès s'ouvre au dehors, et il en résulte une petite plaie qui se cicatrise en général avec facilité ; dans d'autres circonstances, l'art intervient pour donner issue au pus ; enfin, dans quelques cas, ce pus s'épanche dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse. Dans tous les cas, il reste une cicatrice opaque, qui nuit à la vision en proportion de son étendue et en raison de son siége plus ou moins rapproché de l'axe de la pupille.

Durée, terminaisons et *pronostic*. La durée de la cornéite dépend de son intensité et de la plus ou moins grande énergie du traitement ; elle ne peut donc pas être déterminée d'une manière générale : on a seulement remarqué que celle qui est produite par le contact du pus, provenant d'une uréthrite syphilitique ou d'un bubon, est en général beaucoup plus rapide que dans toute autre circonstance. Elle peut se terminer par résolution, par suppuration, par induration ou opacité de la cornée *(albugo, leucoma)*, par la rupture de cette membrane, toujours suivie de l'évacuation plus ou moins complète des humeurs de l'œil et de son adhérence à l'iris, et par gangrène. La terminaison par la rupture de la cornée est toujours accompagnée de violentes douleurs, et souvent d'inflammation cérébrale promptement suivie de la mort. Le pronostic de la cornéite n'est pas grave, tant que la membrane ne se ramollit ni ne s'injecte de pus, mais, arrivée à ces degrés, ses moindres inconvéniens sont de laisser sur la cornée des taches ineffaçables, qui gênent plus ou moins la vision : elle peut entraîner la perte de l'œil ; enfin, elle peut, en déterminant l'inflammation de l'encéphale, être suivie de la mort.

Caractères anatomiques. M. Jadelot, en disséquant les parties qui avaient été le siége de l'inflammation, a trouvé la cornée boursouflée, terne, et comme infiltrée d'un fluide albumineux, et dans d'autres cas, opaque, jaune, saillante, bosselée, presque détachée de la sclérotique. (*Annuaire des hôpitaux*.) M. Mirault a vu, dans un cas, cette membrane

ramollie dans toute son épaisseur, et se convertissant en bouillie lorsqu'il la raclait avec l'ongle ; chez un autre malade, il l'a vue ramollie dans le tiers seulement de son épaisseur, et se détachant en une sorte de pulpe ou de crême sous le dos du scalpel ; enfin, dans un cas de terminaison par gangrène, il a trouvé la cornée convertie en une substance d'un gris noirâtre et presque diffluente. (*Mémoire cité.*)

Traitement. Il est le même que celui de la conjonctivite; les saignées locales et générales doivent être employées avec la plus grande énergie au début pour faire avorter, s'il est possible, l'inflammation. Quand on est parvenu à en modérer l'intensité et à en ralentir les progrès, il faut avoir recours aux révulsifs sur la peau, à la nuque et sur les voies digestives. Les malades doivent être mis à la diète absolue et à l'usage des boissons rafraîchissantes pendant toute la période d'acuité. (Voyez *Conjonctivite.*)

Le traitement que les auteurs conseillent d'opposer aux abcès qui se forment dans le tissu de la cornée transparente varie un peu selon que ces abcès ont leur siége près de la face postérieure de cette membrane ou près de sa face antérieure. Dans le premier cas, en effet, on ne peut guère penser à les ouvrir à l'aide de l'instrument tranchant ; car il faudrait pour cela traverser toute l'épaisseur du miroir de l'œil, et l'on a généralement reconnu qu'on devait les abandonner à eux-mêmes jusqu'à ce qu'ayant produit un épanchement dans la chambre antérieure de l'œil, on puisse leur appliquer le traitement de l'*hypopion.* Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque ces abcès sont saillans en avant (*pustules de la cornée*), on a pensé qu'on abrègerait la durée de la maladie et qu'on préviendrait les douleurs aiguës, ainsi que la récrudescence des accidens inflammatoires dont leur ouverture spontanée est toujours précédée ou accompagnée, en les incisant avec la pointe d'une lancette, et cette pratique est généralement recommandée. Cependant

l'expérience a prouvé à Scarpa (1) qu'elle est non-seulement inutile, mais encore qu'elle est nuisible ; inutile, parce que le pus qui constitue ces sortes d'abcès est ordinairement si épais et si tenace, qu'il ne sort pas par l'incision pratiquée ; nuisible, parce que cette incision ajoute sans fruit à l'irritation déjà existante. Ce praticien, dont l'opinion doit être d'un grand poids dans le sujet qui nous occupe, conseille en conséquence de se borner à calmer les douleurs par des applications émollientes, et d'attendre qu'ils s'ouvrent spontanément. Quelle que soit la conduite qu'on ait tenue, il est rare que l'ouverture de l'abcès de la cornée soit suivie d'une guérison prompte et facile. En effet, leur moindre inconvénient est de laisser une tache qu'il est souvent impossible de faire disparaître ; presque toujours ils donnent naissance à des ulcères grisâtres et livides dont les bords sont tuméfiés et irréguliers, qui fournissent une sérosité âcre, provoquant une douleur vive et brûlante, et s'accroissant incessamment, finissent ordinairement par envahir une grande partie de la cornée ou la perforent, et donnent lieu à l'évacuation de l'humeur aqueuse, souvent à une hernie de l'iris, quelquefois même à l'évacuation complète des humeurs de l'œil. Il est donc de la plus haute importance d'en arrêter les progrès. Le meilleur et presque l'unique moyen (2) d'y réussir consiste, après avoir calmé les principaux symptômes inflammatoires par les antiphlogistiques ordinaires, à cautériser profondément la surface de l'ulcère avec un morceau de nitrate d'argent, taillé en pointe. Cette petite opération est assez douloureuse ; mais aussitôt que la surface ulcérée est convertie en escarre, on voit disparaître non-seulement les douleurs produites par la cautérisation, mais encore les douleurs habituelles, ainsi que le larmoiement, qui ne reparais-

(1) *Ouvrage cité.*

(2) Scarpa, *ouvrage cité.*

sent qu'après la chute des escarres, c'est-à-dire au bout de trois ou quatre jours. On recommence alors l'opération, et on la réitère autant de fois qu'après la chute de l'escarre l'ulcère reste grisâtre et douloureux. Aussitôt qu'il se recouvre de bourgeons, on cesse l'emploi du caustique, qui deviendrait alors nuisible.

De la sclérotite.

L'inflammation isolée de la membrane sclérotique est excessivement rare; cependant quelques auteurs l'ont observée et décrite. On n'en connaît que la forme aiguë.

Causes. La sclérotite naît, comme la cornéite, sous l'influence des mêmes causes qui produisent l'inflammation de la conjonctive : les observateurs n'en indiquent aucune qui lui soit spéciale.

Symptômes. Les principaux caractères de la sclérotite sont : une injection vasculaire extrêmement multipliée, et une rougeur très-vive, sans gonflement appréciable de la conjonctive. Les vaisseaux injectés offrent la disposition suivante; ils se portent en ligne droite et en convergeant vers la cornée, et ils forment souvent autour d'elle, et à quelque distance de son bord, une zone d'un rouge vif, sans injection ni obscurcissement. On observe quelquefois aussi des bosselures qui paraisent être le résultat du ramollissement et de l'amincissement de la sclérotique. Le *staphylôme* de cette membrane n'est souvent que le symptôme de son inflammation.

Traitement. Il n'offre rien de particulier; c'est celui de la conjonctivite aiguë.

De l'arthrite.

Nous désignons par le nom d'arthrite l'inflammation du système fibreux des articulations, c'est-à-dire celle qui occupe les ligamens et les capsules fibreuses. Elle s'étend sans

doute souvent à la membrane synoviale, mais son siége le plus ordinaire est celui que nous indiquons. C'est cette phlegmasie que l'on trouve décrite dans les auteurs sous les noms de *rhumatisme articulaire*, *goutte*, *rhumatisme goutteux*. On l'observe sous les formes aiguë, chronique, continue et intermittente.

Causes. Les unes sont mécaniques; elles comprennent les exercices violens, les fortes distensions, les luxations, les coups, les chutes, etc. D'autres agissent en diminuant l'action de la peau ou d'un autre tissu de l'économie, tels sont le froid, surtout humide, et les topiques qui tendent à supprimer la sueur des pieds et des autres parties du corps, ainsi que ceux dont l'application peut faire disparaître brusquement des dartres, un érysipèle, ou arrêter une hémorrhagie naturelle ou nécessaire, la suppuration d'une plaie, d'un cautère, etc. L'action du froid humide produit plus facilement cette phlegmasie dans les circonstances suivantes : lorsqu'il agit sur le corps échauffé, surtout après un violent exercice qui a déjà excité les articulations; lorsqu'il frappe l'homme plongé dans le sommeil, couvert de vêtemens mouillés, et couché sur un sol ou auprès de murailles humides; et enfin, lorsque pendant le sommeil ou la veille, une partie du corps est exposée à son action, tandis que les autres en sont préservées. Enfin, un troisième ordre de causes comprend toutes les stimulations gastriques, telles qu'une nourriture trop abondante et trop succulente, les alimens épicés, fumés, salés, âcres; les liqueurs spiritueuses, fermentées, et toutes les irritations prolongées de la membrane muqueuse gastro-intestinale. (*Quibus febres longæ, his tubercula ad articulos, aut dolores fiunt*. Hippocrate.)

Tous les individus, de quelque âge, sexe ou tempérament qu'ils soient, peuvent contracter une inflammation articulaire, s'ils sont soumis à l'action des causes mécaniques que nous

avons indiquées. Mais il n'en est pas de même des deux autres ordres de causes. En vain certains individus s'exposent à l'action du froid dans les circonstances signalées précédemment; en vain ils abusent à l'excès des stimulans gastriques de toute espèce, leurs articulations n'en ressentent aucune influence, et c'est dans d'autres organes que l'inflammation les frappe. D'autres au contraire en sont atteints pour la moindre cause et souvent même sans cause appréciable. Une prédisposition est donc nécessaire pour contracter l'arthrite. En quoi consiste-t-elle? Nous pensons que c'est dans une hématose très-active et dans une irritabilité trop grande du système fibreux articulaire. On observe en effet principalement l'arthrite chez les hommes, les adultes et les vieillards, chez les individus doués d'un tempérament sanguin et pléthorique, et chez ceux qui ont de l'embonpoint, des formes robustes et la peau très-irritable. Elle est accrue par les chagrins, les passions violentes, les travaux du cabinet, les excès de table, les excès vénériens, les attaques répétées de syphilis, la masturbation, les exercices fatigans, l'oisiveté, le printemps et l'automne (*podagrici morbi, vere et autumno, moventur ut plurimum*. Hippocrate), et enfin par les longues maladies et les hémorrhagies abondantes.

Ce n'est pas sans motifs que nous entrons dans ces détails sur les causes de l'arthrite, et surtout que nous les avons partagées en trois ordres principaux. C'est qu'à chacun de ces ordres de causes correspond une forme particulière de cette phlegmasie; c'est que ces formes d'une même maladie, ayant été considérées par les auteurs comme autant de maladies distinctes, quoique dans la réalité elles soient de même nature, il importe de prouver que les différences qui existent entre elles dépendent entièrement de la différence des causes, de l'idiosyncrasie des individus, et des modifications passagères ou permanentes imprimées à leur organisation. Mais avant d'entrer dans les développemens de cette proposition, commençons par tracer

les divers groupes de symptômes assignés à l'arthrite sous des noms différens.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Quelle que soit la nature des causes sous l'influence desquelles se développe l'arthrite, elle présente toujours les symptômes suivans lorsqu'elle est aiguë : l'articulation enflammée est douloureuse, gonflée, chaude, et la peau qui la recouvre est souvent rosée. Le mouvement de la partie est d'abord gêné; il devient de plus en plus difficile et douloureux; bientôt il est impossible, la douleur s'accroît, et elle acquiert parfois une telle violence que la moindre secousse imprimée au membre, le simple poids du drap, le plus léger contact, sont insupportables. Élevée à ce degré d'intensité, l'inflammation articulaire réagit sur les voies digestives, sur le cœur, et quelquefois sur l'encéphale, et provoque alors la perte d'appétit, la soif, les nausées, les vomissemens, la fréquence du pouls presque toujours accompagnée de sa plénitude, la chaleur de la peau, l'injection de la face et des yeux, la céphalalgie et le délire. Si l'arthrite est chronique au contraire, la chaleur et la tuméfaction de l'articulation n'existent pas ou sont à peine prononcées, et la peau est toujours sans changement de couleur. Les seuls signes constans sont la douleur et la gêne des mouvemens. Voyons maintenant quels caractères particuliers la nature des causes imprime à cette phlegmasie, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

L'arthrite qui est produite par des causes mécaniques, telles qu'un coup, une chute, une violente distension, etc., cette arthrite est toujours bornée à l'articulation sur laquelle l'action de la cause a porté; elle ne se déplace pas; elle suit assez régulièrement la marche progressive d'augment, d'état et de déclin, commune à toutes les phlegmasies; elle est presque toujours continue; elle se termine quelquefois par suppuration; enfin, elle ne récidive pas lorsqu'elle est disparue. Plus fréquemment aiguë que chronique, l'arthrite traumatique se

montre cependant sous cette dernière forme, tantôt dès le début, et plus ordinairement après avoir été aiguë. Si alors l'inflammation se prolonge, si l'individu qui en est atteint a déjà eu des phlegmasies articulaires non traumatiques, ou si seulement il est prédisposé à ces phlegmasies, elle revêt bientôt les caractères propres à ces autres formes de l'arthrite, caractères que nous ne tarderons pas à faire connaître. Mais si aucune de ces conditions n'existe, la phlegmasie reste locale, fixe et continue; et si elle a son siége dans les ligamens qui affermissent l'articulation, le gonflement fait à peine quelques légers progrès, la peau conserve sa couleur et sa texture normales, et peut être facilement soulevée de dessus l'articulation, les douleurs sont vives, et les ligamens articulaires se relâchent au point de permettre, lorsque la maladie occupe le genou, par exemple, de fléchir un peu la jambe de côté sur la cuisse. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'inflammation se propage au tissu cellulaire et quelquefois à la membrane synoviale, aux cartilages et aux os; les ligamens sont gonflés, ramollis, convertis en tissu cellulaire et infiltrés de sérosité blanchâtre ou roussâtre; le pus s'accumule dans le tissu cellulaire et quelquefois même dans la capsule articulaire; les os se gonflent, s'ulcèrent et suppurent; alors le gonflement de l'articulation est considérable, la peau est tendue et collée sur la tumeur; elle ne tarde pas à être soulevée dans quelques points par le pus; elle s'y amincit, prend une teinte violacée, s'ouvre et donne lieu à des fistules qui communiquent quelquefois dans l'articulation. Mais le désordre n'est pas toujours aussi considérable. Bornée, dans quelques cas, aux ligamens et au tissu cellulaire, l'irritation convertit ces parties en une substance lardacée, et n'envahit pas la membrane synoviale et les os qui restent sains. Alors l'articulation est uniformément tuméfiée; la peau qui la recouvre est pâle, lisse et tendue; les mouvemens ne sont pas aussi gênés que lorsque la membrane synoviale et les os participent à l'inflammation; quelquefois de

petits foyers purulens se forment autour de l'articulation. Les auteurs ont donné à ces variétés de l'arthrite traumatique chronique, les noms de *tumeur blanche* et *arthrocace*.

Lorsque l'arthrite est l'effet d'une diminution brusque de la transpiration cutanée, et surtout de l'impression du froid, elle offre, dans la grande majorité des cas, des caractères bien différens de ceux de la précédente. D'abord, elle est rarement bornée à une seule articulation : si elle commence par n'en affecter qu'une, elle ne tarde pas à se propager à plusieurs autres ; souvent elle disparaît tout-à-coup dans celle-ci, et se montre aussitôt dans celle-là, c'est-à-dire qu'elle se déplace avec la plus grande facilité; elle acquiert souvent dès le début, et avec une extrême promptitude, toute l'intensité dont elle est susceptible ; très-fréquemment son invasion est brusque et sa disparition instantanée ; elle se ranime souvent, sans cause bien appréciable, et au moment même où tout fait espérer sa guérison, les douleurs qui l'accompagnent sont presque constamment plus vives la nuit que le jour ; enfin, quelle qu'en soit la durée, elle se termine très-fréquemment par résolution, souvent aussi par le passage à l'état chronique, et très-rarement par suppuration, et ce n'est ordinairement qu'après avoir récidivé un grand nombre de fois, qu'elle laisse quelques désordres autour des articulations; ils sont alors les mêmes que dans la forme précédente.

Cette phlegmasie se développe souvent sans que les causes en soient bien appréciables. On remarque qu'alors, elle a presque toujours été précédée pendant un certain temps, par des malaises de toute espèce, par des congestions sur divers organes, par des étourdissemens, des céphalalgies, des tintemens d'oreilles, des saignemens de nez, des chaleurs de la gorge, des palpitations, des oppressions, des hémorrhoïdes, etc. On dirait que l'arthrite s'est préparée de longue-main ; et nous croyons en effet que, dans ces cas, le sang a peu à peu subi cette modification qui le rend couenneux après sa sortie de la

veine; que c'est aux qualités nouvelles, probablement irritantes qu'il a acquises, que l'on doit attribuer les symptômes précurseurs précédemment indiqués, et ensuite l'explosion de l'inflammation articulaire à l'occasion de la cause la plus légère. En admettant cette altération du sang, on s'explique très-bien l'extrême mobilité de la phlegmasie qui nous occupe, sa disparition instantanée d'une articulation, son apparition subite dans une autre, la facilité avec laquelle elle envahit le tissu du cœur, en un mot, la plupart des phénomènes les plus importans qui l'accompagnent.

On l'observe aussi souvent sous forme chronique qu'à l'état aigu. Dans le premier cas, elle est presque toujours intermittente irrégulière, et se réveille à l'occasion de la plupart des changemens de température; dans le second, elle est plus ordinairement continue; cependant elle affecte encore quelquefois le type intermittent. Faisons remarquer encore que, lorsqu'elle se déplace à l'état aigu, elle ne quitte presque jamais le système fibreux articulaire, et passe ordinairement d'une articulation à une autre, tandis qu'à l'état chronique elle envahit souvent les aponévroses. Enfin, lorsqu'elle est aiguë, il existe presque toujours en même temps une gastro-entérite, tandis qu'elle n'en est jamais qu'accidentellement accompagnée, lorsqu'elle est chronique. Cette forme de l'arthrite est généralement désignée par les noms de *rhumatisme articulaire* et *rhumatisme fibreux*.

Si les caractères qui distinguent cette forme de l'arthrite d'avec la précédente sont assez bien tranchés, il n'en est pas de même de ceux à l'aide desquels on a cherché à la distinguer de celle qui reconnaît pour causes les stimulations gastriques. Voici cependant quelques différences. La première attaque de cette arthrite a presque toujours lieu par le gros orteil ou par les autres petites articulations; mais ce qui la caractérise surtout, c'est qu'elle survient au milieu de la nuit, pendant le sommeil, et sans que le malade se soit exposé à l'action du froid;

que chaque attaque suivante se renouvelle ordinairement de la même manière; que toutes les stimulations gastriques la reproduisent; qu'elle est très-sujette à récidiver; que les femmes n'en sont presque jamais affectées; qu'on l'observe rarement chez les jeunes gens et les adultes, tandis que le contraire a eu lieu pour la précédente; qu'elle se montre presque constamment chez les gens riches et replets, et l'autre chez les pauvres; enfin que la disposition à la contracter est héréditaire. Tous les autres caractères que l'on a voulu puiser dans les symptômes et la marche de l'inflammation sont insuffisans; disons cependant que la douleur est des plus vives, et fait éprouver un sentiment de torsion, de morsure, ou de dilacération dans la partie : elle dure six à huit heures très-intense, quelquefois plus, ensuite elle diminue lentement, redouble un peu chaque soir, et disparaît en trois à quatre jours; après quoi elle recommence un nombre de fois indéterminé, en suivant toujours à peu près la même marche. On appelle *accès* chacun de ces retours, et *attaque* la série d'accès qui se succèdent jusqu'au calme parfait. Le premier accès est le plus intense, et le dernier le plus faible.

Au commencement de la maladie, les articulations malades sont seulement plus chaudes, mais sans gonflement ni rougeur, et même lorsqu'elles se tuméfient et rougissent, la douleur cesse ordinairement. Mais lorsque les attaques sont longues, la peau se colore, on voit se dessiner au-dessous d'elles les veines dilatées, et l'articulation se tuméfie : ce n'est toutefois qu'après plusieurs années, que les désordres articulaires persistent dans l'intervalle des attaques. Lorsque cette arthrite est aiguë, elle s'accompagne assez fréquemment de gastro-entérite, mais cela n'est pas aussi constant qu'on a voulu le prétendre; nous avons vu plus d'un malade conserver l'appétit, et digérer parfaitement pendant la durée des attaques. Ce qu'il est plus ordinaire d'observer, c'est que les symptômes de gastro-entérite alternent avec ceux de l'arthrite. Cela s'observe surtout lorsque cette forme de phlegmasie

articulaire est chronique, et alors des désordres variés des fonctions digestives se manifestent presque constamment, soit avant les accès, soit pendant leur cours, et souvent à toutes les époques de la maladie. Les auteurs désignent cette arthrite par le nom de *goutte;* et ils en ont créé un très-grand nombre de variétés, telles que la *goutte aiguë*, la *goutte chronique*, la *goutte régulière*, la *goutte vague*, la *goutte nerveuse*, la *goutte fixe*, la *goutte mobile*, etc.; variétés dont on ne s'attend pas sans doute à nous voir entreprendre l'inutile description.

Après quelques années de durée, la phlegmasie qui nous occupe produit quelquefois des désordres considérables autour des articulations affectées, ou dans leur intérieur. Le plus remarquable consiste dans le dépôt d'une matière tophacée, crayeuse, quelquefois dans la capsule articulaire, mais plus fréquemment à l'extérieur de cette membrane, et même parfois immédiatement sous la peau, ou dans son épaisseur. Ce dépôt se forme lentement et d'une manière insensible, ou de la manière suivante. Chaque accès laisse autour de l'articulation une certaine quantité d'un liquide fluctuant; dans l'intervalle, une partie de ce liquide est résorbée, et il reste dans la tumeur une substance molle et comme argileuse, dont la consistance augmente graduellement, parce que la plus liquide en est incessamment absorbée. Cette substance devient solide et friable, et forme bientôt un noyau, autour duquel chaque attaque vient déposer une nouvelle quantité de liquide, qui, résorbé comme le premier, laisse comme lui de la matière crayeuse. Chaque fois ajoutée à l'ancienne, cette matière forme les concrétions connues sous le nom de *tophus*, par lesquelles les articulations sont parfois si bizarrement déformées. Lorsqu'elles sont parvenues à un certain degré de grosseur, elles finissent par entretenir autour d'elles un état continuel d'irritation, et alors leur accroissement continue même dans l'intervalle des accès. Enfin, l'irritation est tout-à-coup portée au plus haut degré d'intensité, le liquide s'accumule en telle quantité, que la peau

est distendue au point de faire craindre sa rupture ; bientôt on voit, pour ainsi dire, le liquide à travers cette membrane amincie ; une aréole d'un rouge de poupre entoure toute la tumeur ; les douleurs deviennent intolérables ; la peau s'ouvre, et donne issue à des flots de sérosité, tandis que la substance topheuse reste au fond de l'abcès. Au bout de quelque temps, cette substance commence à être entraînée par le pus qui s'est formé, et qui s'écoule de l'ulcère ; la quantité qu'en rendent quelques malades est parfois très-considérable.

Les différences que nous venons d'établir entre ces trois formes de l'arthrite ne sont pas tellement tranchées dans tous les cas, qu'il soit toujours possible de les distinguer entre elles, et les caractères que nous avons assignés à l'une se présentent parfois dans l'autre. C'est ainsi que l'arthrite traumatique envahit quelquefois plusieurs articulations, passe de l'une à l'autre, prend le type intermittent, récidive et revient par attaques, etc. ; et c'est ce que les auteurs ont exprimé en disant que le *rhumatisme articulaire* et *la goutte* sont quelquefois produits par les violences extérieures. C'est encore ainsi que le *rhumatisme articulaire* reste quelquefois borné à une seule articulation, disent les auteurs, ou bien commence dans quelques cas par les petites, revient par attaques, et récidive sous l'influence des stimulations gastriques, s'accompagne de douleurs violentes qui contrastent avec le peu d'intensité apparente de l'inflammation, fait naître à la longue des *tophus* dans les articulations malades, etc. ; que la *goutte* d'un autre côté, ajoutent-ils, attaque quelquefois les enfans, les femmes et les pauvres, commence par les grosses articulations, prend une marche continue, s'accompagne de phénomènes inflammatoires locaux très-considérables, se réveille fréquemment sous l'influence du froid, etc. Aussi, que d'efforts inutiles n'a-t-on pas faits pour établir des distinctions solides entre ces formes d'une même phlegmasie ! N'en a-t-on pas avoué l'impossibilité, et, trop faciles à se payer de mots, des médecins n'ont-ils pas imaginé de créer, pour

éluder la difficulté, un *rhumatisme goutteux*, sorte d'être hybride, qui n'est ni le *rhumatisme* ni la *goutte*, mais participe de l'un et de l'autre. Il nous suffira sans doute de remarquer qu'aucune des différences que présentent réellement, dans un grand nombre de cas, ces trois formes de l'arthrite, n'est puisée ni dans la nature ni dans le siége de la maladie, pour faire sentir qu'on s'en est beaucoup trop exagéré l'importance. C'est toujours l'inflammation du système fibreux des articulations, envahissant quelquefois les autres portions du même système, l'abandonnant parfois pour se développer dans d'autres organes stimulés, et n'offrant de différences remarquables dans ses symptômes et sa marche, que celles que lui impriment l'idiosyncrasie des individus et la nature des causes qui la produisent.

Ces différences trouvent en effet leur explication facile dans cette double influence. Qu'on explique ou non les prédispositions, on ne peut pas les nier, puisqu'on sait que dix individus exposés à l'action d'une même cause contractent souvent chacun une maladie différente. Or, on conçoit aisément que, lorsqu'une cause mécanique vient à agir sur une articulation, si l'individu n'est pas prédisposé aux phlegmasies articulaires, l'inflammation reste locale comme sa cause, elle suit la marche ordinaire, elle est continue, etc., elle revêt, en un mot, la forme que nous avons désignée sous le nom d'arthrite traumatique; que si au contraire le malade est prédisposé à cette inflammation, si surtout il en a déjà ressenti des atteintes, toutes les articulations s'associent promptement à la souffrance de celle qui a reçu le choc, parce qu'elles sont très-irritables et que les sympathies sont toujours plus actives entre les tissus de même nature, et la phlegmasie prend l'une des deux autres formes que nous avons décrites.

L'action du froid ne pouvant également produire en général l'arthrite que chez les individus prédisposés, cela nous explique encore pourquoi plusieurs articulations s'enflamment en-

semble ou alternativement, dans les cas même où une seule a été soumise à l'action de la cause. Cette prédisposition s'accroît par le fait même de l'inflammation, parce que, comme on le sait, un tissu est d'autant plus apte à s'irriter qu'il l'a déja été une ou plusieurs fois : de là l'extrême facilité avec laquelle l'*arthrite rhumatismale* récidive. Quant à la plus longue durée de cette phlegmasie que lorsqu'elle est traumatique, on en trouverait peut-être la raison dans la nature de la cause, car on sait que l'inflammation d'un même organe parcourt toujours plus rapidement ses périodes lorsqu'elle a été produite par une cause mécanique que lorsqu'elle a eu toute autre action pour cause, toutes choses étant égales d'ailleurs. Mais n'est-il pas probable que l'altération que nous avons dit exister dans le sang, altération qui n'a pas lieu dans l'arthrite traumatique, exige un certain temps pour se dissiper, et qu'elle est de la sorte une cause de la durée plus grande de l'arthrite rhumatismale ?

Enfin, l'arthrite produite par les stimulations gastriques suppose encore une prédisposition, qui est très-souvent héréditaire, et consiste dans une trop grande vitalité du tissu fibreux articulaire, jointe à des liaisons sympathiques très-étroites entre ce même tissu et la membrane muqueuse gastrique. Si un individu ainsi prédisposé est soumis à des stimulations gastriques fréquentes, il contractera une *arthrite goutteuse :* sans sa prédisposition, il eût été atteint d'une gastrite chronique. Mais toutes les stimulations gastriques ne sont pas propres à produire cet effet : sans cela on observerait souvent des *goutteux* chez les ouvriers des grandes villes, qui abusent presque tous des liqueurs alcooliques, et l'on sait au contraire combien cela est rare, quoique la prédisposition aux phlegmasies articulaires soit assez commune parmi eux. Il faut donc admettre què ce sont spécialement les stimulations produites par une alimentation trop succulente qui provoquent l'arthrite goutteuse dans les premiers temps de développement; car une fois que le malade a déjà eu quelques atteintes, toutes les excitations de

l'estomac la réveillent. Or, il est probable que cette alimentation surcharge le sang de matériaux nutritifs; que de là il résulte que les tissus articulaires sont plus animalisés, doués de plus de vitalité que dans l'état ordinaire et chez les autres hommes, parce que leur organisation est modifiée, qu'ils sont plus sensibles que ne le comporte la nature de leurs fonctions, et que c'est dans cette modification de leur texture que consiste la prédisposition à l'arthrite goutteuse et tout le mystère qui semble attaché à la nature de cette affection. C'est probablement en dépensant ce surcroît de matériaux nutritifs que l'exercice est nécessaire aux goutteux, tandis que l'oisiveté, surtout lorsqu'elle succède à une vie jusqu'alors active, est la cause prédisposante la plus efficace de la maladie.

En raison de la facilité avec laquelle l'inflammation se déplace, dans les deux dernières formes de l'arthrite, on la voit souvent se déclarer tout-à-coup dans les organes intérieurs, et, par la soudaineté de son invasion, produire parfois les symptômes les plus graves. On a dit, dans ces cas, que c'était le *rhumatisme*, ou la *goutte*, ou le *virus* de ces affections, qui se portaient sur les différens organes de l'économie : il est évident pour nous qu'il n'y a ni *virus*, ni *être goutte*, ni *être rhumatisme* qui envahisse ainsi les organes, mais seulement une inflammation qui se déplace. Dans le plus grand nombre des cas même, l'inflammation interne précède et provoque la disparition de l'arthrite. C'est ce que les auteurs ont appelé *goutte remontée*, *goutte rétrocédée*. Ils ont presque toujours pris l'effet pour la cause.

L'arthrite traumatique aiguë peut être terminée en quelques jours, mais si elle est intense, elle se prolonge ordinairement pendant trente à quarante jours; à l'état chronique, sa durée est presque indéfinie; elle entraîne souvent la perte du mouvement de l'articulation, et oblige même quelquefois à l'amputation du membre. L'arthrite rhumatismale peut aussi ne durer que quelques jours, mais le plus ordinairement elle persiste

pendant un, deux, trois mois et plus, à l'état aigu; et sous forme chronique, elle dure souvent toute la vie, mais aussi elle laisse les malades tranquilles pendant plusieurs mois, et revient ordinairement au printemps et à l'automne; son pronostic est rarement grave. Il en est à peu près de même de l'arthrite goutteuse : elle tourmente les malades une, deux ou trois fois par année, tantôt en été, tantôt en hiver, ou dans les autres saisons; chaque attaque, composée d'une série d'accès, dure à peu près d'un mois à quarante jours; quelques individus, depuis long-temps goutteux, sont tourmentés pendant six, huit et dix mois de l'année; d'autres ont à peine çà et là quelques jours de relâche. Cette forme de l'arthrite est souvent incurable; elle le serait moins fréquemment peut-être si les malades étaient plus dociles aux conseils de l'art, et si tous les médecins, bien pénétrés de la nature de la maladie, lui appliquaient toujours un traitement rationnel.

Caractères anatomiques. Malgré les recherches assez nombreuses qui ont été faites sur l'anatomie pathologique de l'arthrite, ce point de son histoire est loin encore d'être éclairci. Plusieurs causes ont contribué à y jeter de la confusion et de l'incertitude. La première a été que, sous les noms de *goutte*, *rhumatisme articulaire*, etc., on a compris toutes les douleurs des articulations sans en préciser le siége, ce qui, il faut l'avouer, n'est pas facile. La seconde est venue de ce que cette phlegmasie ne donnant ordinairement la mort, même à l'état aigu, qu'après avoir duré un certain temps et avoir envahi plusieurs tissus, il a été le plus ordinairement impossible de reconnaître le vrai point de départ de l'inflammation, et que, suivant les opinions que les observateurs s'étaient formées à l'avance, l'un a placé le siége principal de l'affection dans la membrane synoviale, l'autre dans le tissu fibreux, etc. Enfin, il est arrivé que dans quelques cas on a trouvé la capsule seule enflammée, et dans d'autres les ligamens; quelquefois le désordre a commencé évidemment par les cartilages inter-arti-

culaires; d'autres fois les os en ont été le premier siége, et cette diversité de lésions après des sympômes entre lesquels on cherchait en vain des différences, n'a fait que redoubler l'incertitude. De nouvelles recherches, faites avec un véritable esprit d'analyse, sont donc encore nécessaires pour dissiper tous les doutes. Quoi qu'il en soit, voici en masse les lésions cadavériques qui ont été observées après les diverses formes de l'arthrite. On a trouvé, après l'état aigu, les ligamens rouges et ramollis, les capsules injectées de sang et quelquefois remplies de pus ou de sérosité, le tissu cellulaire contenant de petits foyers purulens, toutes ces parties recouvertes par une matière albumineuse ou gélatineuse. A la suite de l'état chronique, on a rencontré les mêmes désordres, et de plus, les os gonflés, ramollis, cariés, les cartilages inter-articulaires rugueux, ulcérés, détruits, et autour des articulations, plus rarement dans l'intérieur des capsules, des agglomérations plus ou moins considérables d'une matière crayeuse, composée d'urate de soude, d'une petite quantité d'urate et de phosphate de chaux, et d'un peu de matière animale. Ces dépots de matière tophacée sont particuliers à l'arthrite goutteuse.

Traitement. Le génie des polypharmaques s'est admirablement exercé dans le traitement des arthrites rhumatismales et goutteuses, et même dans celui de l'arthrite traumatique chronique. On citerait à peine un médicament qui n'ait pas été employé contre ces phlegmasies. Nous n'entreprendrons pas même d'en énumérer une partie; nous ne parlerons que de ceux qui sont rationnels.

Lorsque l'arthrite est intense, qu'elle soit rhumatismale, goutteuse ou traumatique, presque tous les médecins ont recours immédiatement aux antiphlogistiques. Si plusieurs articulations sont enflammées à la fois, on débute par une saignée générale, et on la répète autant de fois que l'intensité et la persistance de la phlegmasie l'exigent. On tient encore la même

conduite dans les cas d'inflammation violente d'une grosse articulation. Il est souvent avantageux de placer en même temps de nombreuses sangsues sur les parties enflammées, et si les voies gastriques participent à l'irritation, comme cela a presque toujours lieu lorsque l'arthrite est intense, il faut également combattre cette phlegmasie par des saignées locales. Mais l'expérience prouve tous les jours que les saignées générales, employées dès le début, avec persévérance, et tant que le sang offre la couenne inflammatoire, sont de beaucoup plus efficaces contre l'arthrite rhumatismale que les applications de sangsues. Ce n'est que dans les cas où l'arthrite est de moyenne intensité, et dans ceux où elle n'occupe que de petites articulations, qu'on peut se dispenser d'employer les saignées générales, et qu'il vaut mieux peut-être se borner aux applications de sangsues. La diète doit toujours être sévère, tant que la période d'acuité n'est pas passée; deux motifs puissans en commandent la nécessité, ce sont la grande influence qu'exercent les voies digestives sur les articulations, et l'état d'irritation et souvent même de phlegmasie dans lequel elles sont le plus ordinairement. Dans la même circonstance, et par les mêmes motifs, les boissons du malade doivent être légères, acidules ou gommeuses, ou émollientes.

Lorsque les premiers symptômes inflammatoires sont calmés, les bains tièdes, émolliens, et dans lesquels les malades restent pendant plusieurs heures, procurent presque toujours un grand soulagement. On obtient quelquefois aussi de bons effets de l'emploi des fomentations ou des cataplasmes émolliens et narcotiques; mais ces moyens sont infidèles. Si l'état de l'estomac et des intestins permet à cette époque d'accorder quelques alimens, ils doivent se borner à un peu de lait sucré et quelques soupes maigres. C'est à cette époque également que l'on remplace avec avantage, dans l'arthrite rhumatismale ou goutteuse, les boissons gommeuses, acidules, etc., par les bouillons d'herbes, de veau ou de poulet, rendus légèrement laxatifs par

l'addition d'un sel quelconque, ou par des tisanes diurétiques, ou, mieux encore, si le malade a de la disposition à suer, par des infusions ou décoctions sudorifiques. L'opium, à petites doses, concourt puissamment alors à favoriser la sueur. Lorsqu'à l'aide de ces moyens on est parvenu à obtenir une nouvelle diminution de l'inflammation, c'est le moment d'avoir recours aux vésicatoires volans ou aux sinapismes, ou aux ventouses scarifiées autour des articulations affectées. Les vésicatoires surtout sont éminemment utiles, mais ils ont plus d'inconvéniens que les sinapismes et les ventouses, qui sont moins efficaces. On a beaucoup vanté tout récemment l'emploi de l'émétique à hautes doses dans l'arthrite rhumatismale ; quelques faits même parlent en faveur de cette médication (1). Enfin, dans quelques cas, on peut avoir recours, dès le début, aux aspersions d'eau froide, à l'application de la glace, ou aux topiques astringens et narcotiques, pour faire en quelque sorte avorter l'inflammation. Mais cette pratique expose à tous les dangers de la réaction ou de la métastase de l'irritation sur un organe important; il ne faut l'employer que chez les individus peu irritables, peu sanguins, dans l'arthrite de moyenne intensité, et lorsqu'il n'y a pas de sympathies développées. Quand on y a recours, on doit éviter toutes les stimulations gastriques plus soigneusement encore que pendant une autre médication, afin d'éviter d'enflammer la membrane muqueuse gastro-intestinale ; et il faut veiller attentivement à tous les organes importans, et empêcher qu'ils ne s'irritent. Cette médication n'offre au contraire presque aucun inconvénient dans l'arthrite traumatique, et elle y est presque toujours suivie de bons résultats.

Dans le traitement de l'arthrite chronique, les saignées générales sont rarement utiles; les saignées locales, au contraire, employées avec persévérance, produisent encore d'excellens effets. Les ventouses sèches ou scarifiées, les cataplasmes émol-

(1) Voyez *Archives générales de Médecine*, tom. Ier, pag. 431 et suiv.

liens, les bains, les topiques narcotiques, huileux, camphrés, et tous les moyens précédemment conseillés, sont encore applicables, mais les révulsifs généraux ou locaux sont surtout avantageux. Les bains de vapeur et les vésicatoires tiennent le premier rang; ceux-ci doivent être appliqués autour des articulations affectées, dans les points où se fait sentir la douleur : il en est de même des sinapismes, mais ils doivent envelopper toute l'articulation malade, comme le cataplasme de Pradier dans l'arthrite goutteuse. C'est également en établissant une révulsion, que les sudorifiques, les purgatifs et les diurétiques soulagent quelquefois. Il est utile de pratiquer des frictions sèches sur toute l'étendue de la peau, et indispensable de faire porter des vêtemens de flanelle. On obtient souvent de grands avantages de l'emploi des douches d'eau simple ou d'eaux minérales, des boues des sources, de celles de Saint-Amand, par exemple, des bains de sable, et des bains de marc de raisin ou de drèche de bière. On a conseillé à l'intérieur des extraits de ciguë, de jusquiame, de belladone, d'aconit, de douce-amère, etc., l'opium, le camphre, la résine de gaïac, etc.; mais ces agens sont peu efficaces. La térébenthine, à la dose de plusieurs gros, a été utile dans plusieurs cas; le quinquina a réussi dans quelques athrites intermittentes. Enfin, on a tour à tour vanté, contre l'arthrite rhumatismale, le chardon bénit, la bardane, l'arnica, la digitale, le fenouil, le gingembre, le marrube blanc, la saponaire, la serpentaire de Virginie, l'antimoine, les préparations mercurielles, le soufre, l'ammoniaque, etc.; et contre l'arthrite goutteuse, les spiritueux, l'acétate d'ammoniaque, la teinture de colchique, de gratiole, l'eau de Husson, le sulfure de potasse, l'acide phosphorique, le phosphore, etc. Nous citons à peine la vingtième partie des médicamens préconisés contre l'arthrite, et il n'en est aucun dont l'efficacité ne soit plus que douteuse.

C'est donc le traitement antiphlogistique et révulsif général et local qui, en dernière analyse, est le plus utile aux arthri-

tiques, soit goutteux, soit rhumatisans, soit traumatiques, dans l'état aigu comme dans l'état chronique. Lorsque, sous cette dernière forme, elle résiste aux moyens indiqués jusqu'ici, secondés par un régime adoucissant suivi avec ponctualité, on peut à peu près désespérer de la guérison. Si cependant une articulation seule est affectée, comme il arrive fréquemment dans l'arthrite traumatique, qu'elle soit gonflée et douloureuse d'une manière continue, qu'elle présente les caractères que nous avons décrits dans les symptômes, et qui lui font donner par les auteurs les noms de *tumeur blanche* et *arthrocace*; en un mot, que la désorganisation soit imminente, il faut recourir promptement à des révulsifs plus énergiques, tels que les sétons, les moxas, et même le cautère transcurrent autour de l'articulation malade. On entretient pendant très-long-temps la suppuration de ces plaies. Mais ces moyens eux-mêmes restent souvent impuissans; les os se gonflent, se carient, et il ne reste plus de ressource que dans l'amputation du membre. (Voyez *Irritations du système osseux.*)

Tels sont les moyens thérapeutiques qui conviennent à toutes les formes de l'inflammation du système fibreux articulaire. Mais les individus qui ont déjà été atteints d'arthrite rhumatismale aiguë, sont, par cela même, plus disposés à contracter cette phlegmasie. La plupart de ceux qui en sont affectés sous forme chronique, la conservent toute leur vie, et voient souvent les douleurs se ranimer pour la moindre cause. Enfin, les personnes que tourmente l'arthrite goutteuse conservent presque toutes cette affection et en éprouvent des attaques plus ou moins fréquentes jusqu'à la mort. Il est donc un régime à suivre pour éviter, autant que possible, le retour des douleurs, et ce régime forme la partie la plus essentielle peut-être du traitement de l'arthrite goutteuse.

Une grande sobriété, une nourriture peu excitante, l'abstinence des spiritueux, et une température chaude sans cesse entretenue autour des articulations affectées, à l'aide des vête-

mens de flanelle ou de taffetas gommé, sont les précautions hygiéniques dont ne doit jamais s'écarter tout individu qui a été affecté plusieurs fois d'arthrite rhumatismale aiguë, ou qui est de temps en temps tourmenté par cette même arthrite sous forme chronique. Mais comme le froid est la cause la plus ordinaire de cette phlegmasie, il en résulte que c'est à se préserver de l'action de cet agent que le malade doit surtout s'attacher. Nous sommes convaincus en même temps que l'on préviendrait souvent le développement de l'arthrite rhumatismale, chez les hommes qui présentent les symptômes précurseurs dont il a été précédemment question, si on les saignait une ou deux fois pour dissiper ces symptômes, en même temps qu'on les mettrait à un régime sévère et à l'usage des boissons délayantes. Chez plusieurs de nos malades, du moins, sujets à de fréquentes phlegmasies articulaires, ce traitement préservatif a été plusieurs fois couronné de succès. Il est digne de remarque que leur sang a toujours été couenneux dans cette circonstance.

Les mêmes préceptes d'hygiène sont applicables à l'arthrite goutteuse; mais comme d'une part elle se développe et se ranime presque toujours sous l'influence des stimulations gastriques, ainsi que nous l'avons dit en étudiant les causes, comme d'un autre côté la prédisposition à la contracter résulte d'une alimentation trop succulente, il s'ensuit que le régime alimentaire est la partie la plus importante du traitement hygiénique de cette affection. Tout goutteux qui veut guérir doit donc, sans hésiter, se mettre au régime végétal et à l'eau; tous les hommes qui ont eu le courage de le faire ont vu peu à peu les attaques s'éloigner et diminuer d'intensité, et finir enfin par disparaître sans retour. Mais combien peu d'hommes sont capables d'une telle résolution : presque tous préfèrent souffrir à cesser de satisfaire leur gourmandise. Il en est tant qui n'existent qu'à table, et pour lesquels manger est l'occupation la plus sérieuse de la vie. Pourquoi donc y renonceraient-ils d'ailleurs?

la *goutte* n'est-elle pas incurable, et des médecins ne leur répètent-ils pas chaque jour cette sentence absurde, si bien d'accord avec leur sensualité ?

De la périostite.

On appelle ainsi l'inflammation du périoste. Cette affection peut être aiguë ou chronique; elle affecte de préférence le périoste des os superficiels. C'est la *périostose* ou *gomme* des auteurs.

Causes. Elle peut être le résultat d'une plaie, d'une contusion ou d'une autre cause physique externe. Souvent aussi elle se développe sans qu'on puisse en accuser aucune violence extérieure, dans ce cas, elle dépend presque toujours du virus syphilitique.

Symptômes. La périostite aiguë et spontanée affecte assez souvent tout le périoste d'un os; il semble alors que celui-ci a augmenté de volume et est devenu douloureux dans toute son étendue. Ordinairement aussi, le tissu cellulaire ambiant s'engorge et s'enflamme, la peau rougit, et la maladie prend au bout de quelques jours des caractères assez semblables à ceux d'un phlegmon érysipélateux. La périostite de cause externe se présente sous forme d'une tumeur adhérente à l'os, avec lequel elle semble faire corps, douloureuse, non circonscrite, et d'une dureté ou plutôt d'une élasticité particulière. La périostite chronique est presque toujours un symptôme d'affection syphilitique invétérée. Ordinairement elle est précédée long-temps à l'avance, par des douleurs fixes dans le lieu où elle doit se développer. On la reconnaît à une tumeur dure, non circonscrite, dont la saillie se confond insensiblement avec la surface de l'os, avec lequel elle fait corps. Cette tumeur est quelquefois très-douloureuse; dans d'autres cas, au contraire, elle est tout-à-fait indolente.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Le développe-

ment de la tuméfaction qui accompagne la périostite aiguë ou chronique est en général assez prompt; c'est même un des caractères qui servent à la distinguer de l'exostose, avec laquelle elle a beaucoup d'analogie, et qui se développe toujours avec lenteur. La périostite aiguë peut se terminer par résolution dans l'espace d'un mois à six semaines; mais cette terminaison heureuse est d'autant plus rare, que la maladie a marché avec plus de rapidité, et que les symptômes inflammatoires ont été plus violens. En général, lorsqu'ils ont été assez intenses pour éveiller les sympathies du cœur et de l'estomac, la périostite se termine par suppuration; et comme celle-ci a presque toujours lieu entre la membrane fibreuse et l'os qu'elle recouvre, cette terminaison conduit presque sûrement à la nécrose du tissu osseux sousjacent. La périostite de nature vénérienne marche avec plus de lenteur. Quelquefois, mais rarement, les douleurs, s'il en existe, cessent, mais la tumeur persite, et la maladie se termine par une véritable induration; plus souvent la tumeur devient molle et pâteuse, sans fluctuation; d'autres fois enfin, elle s'enflamme et s'abcède; le pus qui s'écoule est en petite quantité, et son évacuation ne vide qu'imparfaitement la tumeur, qui ne diminue complètement de volume que lorsque son fond s'est détaché sous forme d'un espèce de bourbillon blafard et grisâtre. D'autres fois enfin, on trouve, à l'ouverture de l'abcès, l'os dénudé de son périoste. Souvent enfin, la périostite chronique de nature non syphilitique se termine par le développement d'une véritable tumeur fongueuse. (Voyez *Productions morbides*.) Dans tout ces cas, il est rare que la périostite ne soit pas compliquée de la nécrose de la partie correspondante de l'os.

Caractères anatomiques. On trouve dans la périostite aiguë, le périoste épaissi, gonflé, injecté, rouge et souvent détaché de l'os, dont il se trouve séparé par une couche de liquide gélatiniforme, ou par une couche de véritable pus. Dans la périostite chronique, le périoste est épais, ramolli, lardacé; sa

substance, homogène, est semblable à celle d'un ganglion lymphatique engorgé; ou bien il donne naissance à de véritables tumeurs ou productions fibreuses.

Traitement. Celui de la périostite aiguë est tout antiphlogistique, et se compose principalement de saignées générales et surtout locales, d'applications émollientes, de bains, etc. Quand la maladie se termine par suppuration, il faut ouvrir de bonne heure la tumeur, afin de borner la dénudation presque inévitable de l'os. Il est inutile de dire que le traitement antisyphilitique est le seul qu'il convienne d'opposer aux périostites vénériennes.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME SYNOVIAL.

Considérations générales.

On sait l'analogie qui rapproche les membranes synoviales des séreuses : même disposition en forme de sacs sans ouverture, même exhalation d'un fluide albumineux, même usage de faciliter des mouvemens; enfin, dans l'état maladif, même disposition à contracter des adhérences, et à l'hydropisie. Cependant il existe des différences assez grandes entre ces deux ordres de membranes, pour qu'il devienne indispensable de les séparer dans l'étude.

Formées, comme les membranes séreuses, par du tissu cellulaire condensé, mais plus denses et plus serrées, moins extensibles, par conséquent plus pauvres en vaisseaux sainguins, les synoviales semblent n'être également qu'un entrelacement d'exhalans et d'absorbans. Leurs fonctions, simples comme leur texture, se bornent à exhaler et à absorber un fluide, la synovie, qui facilite les mouvemens articulaires. Douées de peu de vitalité, privées, dans l'état sain, de liaisons sympathiques avec les autres organes, à l'abri des influences extérieures, contre lesquelles la peau, le tissu cellulaire et le système fibreux

les protègent, ces membranes sont rarement affectées. Elles s'enflamment cependant quelquefois, et comme tous les autres tissus, elles s'échauffent, rougissent, deviennent douloureuses et augmentent d'épaisseur. La sensibilité qu'elles acquièrent alors est ordinairement assez vive, et le moindre mouvement de l'articulation l'augmente. Les suites ordinaires de leur inflammation sont la formation de brides allant d'une surface à l'autre, les adhérences, les ulcérations, la suppuration ou l'épanchement de fluides de diverses natures, ce qui produit l'hydropisie; enfin une dégénération particulière que nous décrirons parmi les irritations du système osseux qu'elle accompagne toujours.

Les synoviales enflammées ne font naître des sympathies que lorsque leur inflammation est très-vive; celles qu'elles développent alors, leur sont communes avec les autres parties qui entrent dans la formation des membres, ce sont celles du cœur, de l'estomac et de l'encéphale.

De la synovite.

L'inflammation des membranes synoviales est encore peu connue. Plusieurs médecins pensent que le *rhumatisme articulaire* consiste dans cette phlegmasie; d'autres la regardent comme la source des phénomènes morbides auxquels on a donné le nom de *goutte*. Sous forme chronique, elle est une des affections que l'on a confondues sous les dénominations de *tumeurs blanches* et *arthrocace*; enfin, accompagnée de l'accumulation de la sérosité dans la capsule, elle a été décrite sous les noms d'*hydartre*, *hydrarthrose* et *hydropisie des articulations*. Trois causes principales ont contribué à retarder l'histoire de cette phlegmasie . d'abord son peu de fréquence; en second lieu, la presque impossibilité de reconnaître pendant la vie si l'inflammation existe dans la synoviale ou dans les appareils fibreux, cartilagineux et osseux qui forment l'articulation, ou dans toutes ces parties ensemble; et troisièmement, la rareté de son existence isolée de toute complication sur les

cadavres. Nous allons essayer de retracer l'état actuel de la science sur cette maladie.

Causes. Toutes les violences extérieures peuvent produire la synovite. Ainsi les coups, les chutes, les distensions forcées, l'entorse, les plaies pénétrantes des articulations, développent cette inflammation ; elle naît aussi sous l'influence du froid humide, surtout lorsque son action est brusque et circonscrite sur une ou plusieurs articulations, et principalement encore lorsqu'il agit pendant le sommeil, ou bien pendant long-temps d'une manière continue. On l'a vue survenir pendant le cours de la syphilis, et, dit-on, par l'effet du virus de cette maladie; l'abus du mercure l'occasione aussi quelquefois; enfin, de même que toutes les phlegmasies, elle succède parfois à la disparition trop rapide des phlegmasies cutanées, et plus fréquemment à la suppression subite d'une urétrite.

Symptômes. La douleur locale est le seul signe qui annonce ordinairement la synovite, et ce signe est insuffisant pour la faire distinguer de l'inflammation de toute autre partie de l'articulation; cependant les auteurs prétendent que lorsque cette douleur est augmentée par le frottement des surfaces articulaires, et qu'elle se fait sentir surtout du côté où la flexion s'opère, elle indique que l'inflammation a son siége dans la membrane synoviale. La position demi-fléchie du membre, donnée comme un signe de synovite par quelques auteurs, s'observe dans toutes les phlegmasies articulaires. Il en est de même de la chaleur et du gonflement de la partie. L'inflammation peut occuper plusieurs articulations, et provoquer par sympathie celle des voies digestives. L'un de nous a vu toutes les articulations à membrane synoviale, sans exception, simultanément enflammées et contenant du pus.

Lorsque la synovite est accompagnée de sécrétion morbide de pus ou de synovie, le diagnostic en devient plus facile. Une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, et circonscrite par les attaches des ligamens, se manifeste à l'articulation enflammée. Elle cède à la pression ; elle ne

conserve pas l'impression du doigt ; enfin, elle est plus saillante dans certains points que dans d'autres. Au genou, où elle est le plus fréquente, elle fait saillie de chaque côté de la rotule par deux tumeurs d'inégale grosseur ; l'interne est plus volumineuse que l'externe. La rotule est soulevée par le liquide et écartée des condyles du fémur ; lorsqu'on la presse, elle s'enfonce jusque sur la partie antérieure des condyles, et fait saillir davantage les tumeurs latérales, dont la tension augmente ; aussitôt que l'on cesse la pression, cet os revient sur lui-même à la place qu'il occupait auparavant. Les mouvemens du genou changent aussi la forme et la consistance des tumeurs ; dans la flexion, elles deviennent plus larges, plus dures et plus saillantes ; dans l'extension au contraire, elles s'affaissent légèrement, redeviennent molles et fluctuantes. D'abord limitée par les insertions de la capsule, ainsi que nous l'avons déjà dit, la tumeur s'accroît avec l'accumulation du pus ou de la synovie, et peut s'élever jusque vers le milieu de la cuisse.

A l'articulation du pied avec la jambe, l'*hydartre* se reconnaît à la présence de deux tumeurs oblongues, situées derrière et surtout devant les malléoles, et offrant les caractères de mollesse, de fluctuation, etc., que nous venons de signaler dans les précédentes. Au poignet, la tuméfaction existe en avant et en arrière, et est à peine sensible sur les côtés. Au coude, elle se manifeste par deux saillies oblongues sur les parties latérales de l'olécrâne. Enfin, à l'épaule, c'est en avant qu'elle se développe ; elle fait sentir sa fluctuation vers l'intervalle celluleux des muscles deltoïde et grand pectoral qu'elle soulève. Il est bon de noter, que l'articulation coxo-fémorale n'est jamais le siège de ces hydropisies. En général, les mouvemens d'une articulation ainsi affectée sont conservés, mais elle a presque toujours plus ou moins perdu de sa solidité.

La nature du liquide accumulé varie. Lorsque l'épanchement suit une inflammation aiguë de la capsule, la matière en est assez souvent purulente ; fréquemment aussi il est formé par

de la synovie non altérée. Mais c'est surtout à l'état chronique, que l'on observe des collections plus ou moins considérables de cette liqueur qui n'a subi aucune altération. Ce sont ces hydropisies que l'on a regardées comme essentielles, et que l'on a attribuées à l'augmentation de l'exhalation, ou à la diminution de l'absorption. Mais elles dépendent encore de l'irritation de la capsule, et nous n'en voulons pour preuves que les causes que tous les auteurs leur assignent. Ces causes sont : les *contusions*, les *efforts violens*, les *entorses négligées* ou *mal traitées*, les *affections rhumatismales*, la *présence de corps étrangers dans les articulations*, etc., en un mot toutes celles que nous avons assignées à l'inflammation de cette membrane. Sans doute cette irritation ne s'élève pas toujours au degré de la phlogose, mais l'impossibilité de s'en assurer pendant la vie, s'oppose à ce que l'on sépare l'étude de l'hyrdrarthre symptôme d'une irritation sécrétoire, de celle de l'hyrdrarthre symptôme d'une inflammation. Enfin, le liquide accumulé est quelquefois rougeâtre, épais, grisâtre, fétide, etc.; cela s'observe surtout lorsque la capsule est profondément altérée, et que les parties voisines participent à sa désorganisation.

Quelquefois les membranes synoviales enflammées d'une manière chronique ne donnent lieu qu'à un faible épanchement, il est même parfois tout-à-fait nul; mais ces membranes se ramollissent et s'ulcèrent, les cartilages et les fibro-cartilages inter-articulaires se gonflent et s'érodent, les extrémités articulaires des os se tuméfient et sont frappées de carie; enfin le périoste et les ligamens s'engorgent. La maladie est, dans cet état, désignée sous le nom de *tumeur blanche*; le genou en offre les plus fréquens exemples. Dans ces cas, il est vrai, il est difficile de savoir si l'inflammation a débuté par la capsule ou par les autres parties de l'articulation; mais nous pensons qu'il en est le plus souvent ainsi (1), et ce qui nous le

(1) C'est aussi l'opinion de Brodie de Londres. Voyez la traduction de son *Traité des maladies des articulations*, etc., par Léon Marchant. Paris, 1819, in-8°.

fait croire, c'est qu'à la dissection des parties, la lésion de cette membrane et des cartilages est la plus constante. Enfin, dans quelques cas, les deux surfaces de la membrane enflammée contractent des adhérences, tout mouvement de l'articulation cesse d'être possible; il y a ce qu'on appelle *ankilose*. (Voyez *Lésions de rapport*.)

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la synovite est en général très-lente; même à l'état le plus aigu, elle met presque toujours beaucoup de temps à parcourir ses périodes. Nous avons vu cependant une inflammation de la capsule de l'articulation huméro-cubitale, naître et suppurer dans l'espace de quarante-huit heures; mais cette marche est rare, lorsqu'il y a hydrarthre surtout. Dans ce dernier cas même, cependant, la synovite parcourt assez rapidement ses périodes. Nous avons observé un exemple d'hydrarthre, qui se formait en deux ou trois jours, à la suite d'une marche un peu fatigante, acquérait un volume considérable, causait de vives douleurs, et se dissipait complètement en huit jours par une application ou deux de sangsues, et quelques rubéfians. Cette affection, qui durait depuis cinq ans, se reproduisait et disparaissait ainsi plusieurs fois dans le cours de l'année. La malade a cependant passé dix-huit mois sans l'éprouver; mais dans les derniers temps elle était à peine dissipée qu'elle se reproduisait. Toutefois, cette marche est la plus rare et la durée de la synovite est ordinairement longue; elle est indéfinie quand le désordre a envahi toute l'articulation. On obtient sans doute fréquemment la résolution de la synovite aiguë, puisqu'on voit souvent guérir ainsi des *rhumatismes articulaires*, et qu'il est bien certain que plusieurs de ces affections dépendent de cette phlegmasie; mais comme on n'a jamais la certitude complète du siége précis de l'inflammation, on ne peut affirmer qu'il en soit ainsi, excepté toutefois dans les cas où il y a accumulation de sérosité, comme dans celui que nous venons de rapporter. La terminaison la plus ordinaire est la suppuration ou l'accumulation de la synovie, et ces liquides peuvent être absorbés

plus ou moins promptement. La matière est assez promptement absorbée lorsque l'inflammation de la synoviale ayant succédé à la suppression subite d'une uréthrite, ou d'une vaginite vénérienne, ces phlegmasies viennent à être rappelées à leur ancien siége (1). L'ankylose de l'articulation affectée, et plus fréquemment l'épuisement, le marasme et la mort, sont les suites ordinaires de la phlegmasie chronique et ancienne qui s'est étendue à toutes les parties articulaires.

Caractères anatomiques. On trouve à la dissection des parties, la membrane synoviale épaissie, plus ou moins injectée, ramollie ou brunâtre, érodée, recouverte de fausses membranes, ou transformée en un tissu cellulaire dense et très-rouge ainsi que les cartilages de l'articulation, ou parsemée de brides allant d'une surface à l'autre, ou adhérente. La synovie, dont la quantité varie depuis trois à quatre onces jusqu'à une et deux livres, est, ainsi que nous l'avons déjà dit, tantôt sans altération, tantôt purulente, sans odeur ou fétide, blanche ou grisâtre, et quelquefois convertie en une bouillie rougeâtre. Dans ce dernier cas, il est vrai, c'est plutôt une sorte de détritus de la membrane qui se présente ainsi que la synovie elle-même. En effet, la capsule est réduite en une substance pulpeuse, épaisse, d'un brun léger, quelquefois d'un brun rougeâtre et sillonnée par des linéamens blancs membraneux (1). Dans ce cas aussi, les cartilages sont ulcérés et les os ramollis et cariés : c'est le dernier terme de la synovite chronique ; c'est le désordre qui correspond à la *tumeur blanche* des auteurs. Enfin M. Dupuytren a vu la face interne articulaire parsemée de toutes parts de pelotons d'apparence celluleuse, inégaux par leur forme et leur volume, supportés par des pédicules assez étroits, et d'où l'on faisait sortir par la pression une liqueur visqueuse, filante rougeâtre, et semblable à celle qui remplissait l'articulation.

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, article *Hydrarthrose*.

(2) Brodie, *ouvrage cité*.

Traitement. Le traitement de la synovite aiguë se compose des saignées générales et locales, employées avec persévérance, car cette phlegmasie est une de celles qui résistent le plus; des topiques émolliens et narcotiques, des boissons délayantes, des bains émolliens prolongés, de la diète et du repos. Lorsque l'inflammation a en partie cédé sous l'influence de ces premiers moyens, on a recours avec succès aux révulsifs, mais ils doivent être appliqués à la peau même qui recouvre l'articulation malade; plus éloignés du siège du mal, ils resteraient sans action, parce que les capsules articulaires sont à peine unies par des liaisons sympathiques aux autres parties. Les vésicatoires volans, les cataplasmes de moutarde, les linimens volatils camphrés, les ventouses scarifiées, et surtout le cautère transcurrent, etc., déplacent l'irritation, et déterminent l'absorption du liquide épanché.

Lorsque, malgré tous ces moyens, l'hydropisie de l'articulation continue de s'accroître ou ne diminue pas, on peut essayer les bains et les douches de vapeur, les bains sulfureux, les frictions mercurielles, les frictions avec des flanelles imprégnées de la vapeur d'acide acétique, de benjoin, de succin, tandis qu'on administre à l'intérieur des sudorifiques ou des purgatifs, dans le but d'établir des révulsions sur la peau ou la membrane muqueuse gastro-intestinale : tous ces moyens comptent des succès. On a aussi obtenu quelques guérisons par l'électricité. Dans quelques cas enfin, une compression douce et uniforme, faite à l'aide d'un bandage appliqué depuis la partie inférieure du membre jusqu'au-dessus de l'articulation malade, et augmentée à mesure que la tumeur diminue, a guéri lorsque toutes les autres médications avaient échoué. Enfin, il faut se hâter de rappeler les uréthrites et les vaginites trop brusquement disparues, lorsque l'inflammation de la capsule a succédé à leur disparition.

La maladie est souvent rebelle aux divers traitemens que nous venons d'exposer, et il ne reste plus de ressource alors

que dans une opération chirurgicale, par laquelle on donne issue au liquide accumulé ; mais ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'on doit se décider à tenter ce moyen. En effet, c'est du degré d'altération qu'a éprouvé la membrane synoviale que dépend tout le succès qu'il peut avoir. Lorsque cette membrane est encore mince, transparente, et que l'irritation dont l'hydropisie est l'effet, est épuisée, ou qu'elle n'est plus entretenue que par la présence du liquide, l'opération doit réussir. Elle doit encore être couronnée du succès, dans certains cas où la sensibilité de la capsule étant peu exaltée, l'irritation excitée par l'opération elle-même et par le contact de l'air peut bien déterminer un degré d'excitation suffisant pour arrêter la sécrétion morbide, mais trop faible pour y provoquer la suppuration. Mais, toutes les fois que la membrane synoviale est épaissie, altérée, toutes les fois surtout que les cartilages diarthrodiaux, que les ligamens qui affermissent l'articulation commencent à s'altérer et à se ramollir, l'opération peut avoir le plus fâcheux résultat. Dans ces cas, en effet, une irritation violente déterminée par le contact de l'air, amène une suppuration abondante et fétide, accélère le ramollissement du cartilage et la carie des os, trouble sympathiquement les fonctions du cœur et de l'estomac, produit le marasme, et le malade ne tarde pas à succomber si on ne se décide à pratiquer promptement l'amputation du membre. Il serait donc très-important de pouvoir déterminer, *à priori*, quel est l'état réel des tissus malades ; mais on conçoit que cela est souvent impossible. C'est ce qui explique pourquoi, parmi les opérations pratiquées dans des circonstances en apparence semblables, les unes réussissent, tandis que les autres déterminent des accidens graves. Aussi ne doit-on se décider à donner issue au liquide épanché, que lorsque la maladie, après avoir résisté à tous les autres moyens, devient tellement gênante qu'elle condamne l'articulation à l'immobilité. Quant au procédé opératoire, les uns veulent qu'on se contente d'une

simple ponction faite à l'aide d'un trocart, les autres conseillent de larges incisions qui permettent au liquide de s'écouler à mesure qu'il est reproduit. Dans le premier cas, on continue les applications répercussives et la compression; dans le second, on se met en garde contre l'excès de l'inflammation qui doit nécessairement survenir, et l'on aide, si l'on veut, les applications externes par des injections émollientes faites dans l'intérieur de l'articulation. L'une et l'autre de ces méthodes compte des succès et des revers. Il nous semble que le parti le plus prudent consiste à pratiquer d'abord les ponctions, et qu'on ne doit se décider à inciser la membrane hydropique, qu'après s'être convaincu que le premier moyen est insuffisant.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME CARTILAGINEUX.

Considérations générales.

On découvre difficilement des traces d'organisation dans le système cartilagineux, cependant personne ne doute qu'il ne soit organisé; mais on discute pour savoir s'il est tissu en lames, en fibres, ou en aréoles. Les cartilages, dit Meckel, sont des corps solides, durs, lisses, très-élastiques, blanchâtres, en apparence homogènes, dans lesquels on ne distingue ni fibres ni lames (1). On n'y découvre ni vaisseaux sanguins, ni vaisseaux lymphatiques, ni nerfs; ils sont insensibles. Leurs fonctions sont entièrement passives; ils diminuent les frottemens de quelques articulations; ils sont placés comme de simples couches entre quelques autres (les sutures); enfin ils contribuent, par leur élasticité, à conserver les formes de certaines parties et de certaines cavités, tout en leur permettant les mouvemens que

(1) *Manuel d'Anatomie générale, descriptive et pathologique*, etc., tom. Ier, pag. 350.

réclament les usages auxquels elles sont destinées; tels sont les cartilages des paupières, du nez, des oreilles, du larynx, de la trachée, et des côtes.

Les maladies de ce système, peu fréquentes, le sont cependant davantage que ne sembleraient le faire supposer la simplicité de son organisation, l'obscurité de ses fonctions, et son éloignement de tous les agens d'irritation. Mais il est rarement irrité primitivement, tandis qu'assez fréquemment il s'affecte secondairement à l'inflammation des membranes cutanées, muqueuses, synoviales, ou des os avec lesquels il est en rapport. Les cartilages irrités se gonflent, se ramollissent et suppurent, mais ils ne s'injectent que très-rarement de sang. L'irritation n'y revêt donc presque jamais les caractères inflammatoires, elle y reste obscure comme la vitalité du tissu. On sait que mis à nu sur un animal vivant, et exposés pendant long-temps au contact de l'air, ils n'acquièrent pas la moindre trace de rougeur. L'érosion, la carie et l'ossification pour quelques-uns, sont les suites ordinaires de leur irritation.

Les phénomènes d'irritation ou d'inflammation sont à peine marqués dans les cartilages, ils affectent une lenteur remarquable, et sont, en un mot, toujours chroniques. Sous ce rapport, ces organes diffèrent à peine des os, seulement ils se réunissent un peu plus rapidement lorsqu'ils ont été divisés, encore est-ce le périchondre qui fait tous les frais de leur réunion. La résolution, la guérison de quelque manière qu'elle s'opère, s'y fait toujours long-temps attendre; et cette lenteur, comme l'observe Bichat, est une conséquence nécessaire de celle des mouvemens de composition et de décomposition du tissu cartilagineux; car les maladies naissent et se guérissent par les mêmes lois qui président à l'action vitale des tissus, ainsi que nous l'avons établi dans nos généralités sur l'irritation. Il en résulte que les moyens thérapeutiques ont peu d'efficacité contre les maladies de ce système, et que leur action a

besoin d'être soutenue et de longue durée pour être suivie de résultats.

On trouve sur les cadavres des cartilages rouges, ramollis, tuméfiés, érodés, ulcérés, suppurés, ossifiés ou détruits.

Nous n'aurons à traiter ici que de l'inflammation des cartilages articulaires et de celle des cartilages des côtes, celle des autres cartilages n'étant pas bien connue, on devant être traitée ailleurs.

De la chondrite des côtes.

Les cartilages costaux participent assez souvent à l'inflammation du sternum, à celle des côtes, et surtout à celle du périchondre qui les revêt. Dans cette dernière circonstance même, on voit quelquefois leur surface se ramollir et se couvrir de bourgeons celluleux et vasculaires qui suppurent. Mais dans tous ces cas, la maladie n'est qu'accessoire, et c'est celle de la côte, du sternum ou du périchondre, qui doivent absorber toute l'attention du praticien. (Voyez *Périostite*, *Ostéite*, *Costite* et *Sternite*.) L'inflammation primitive du tissu même du cartilage est au contraire assez rare.

Causes. Une percussion ou toute autre violence extérieure peut donner lieu à cette maladie; mais quelquefois elle est entièrement spontanée, et l'on ignore encore quelle est la cause à laquelle il faut l'attribuer. Peut-être que, comme l'ostéite, elle se développe de préférence sur les sujets scrofuleux et jeunes, et sur ceux qui sont affectés de syphilis.

Symptômes. Le gonflement du cartilage, facile à reconnaître, la douleur locale, profonde, obtuse, et augmentant dans les grands mouvemens d'inspiration, sont à peu près les seuls symptômes dont l'inflammation des cartilages costaux puisse être accompagnée. Ces organes sont trop peu importans pour que leur inflammation développe des sympathies.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de cette maladie est en général assez lente, et sa durée longue.

Elle peut se terminer par résolution; quelquefois aussi elle se termine par une sorte d'induration, c'est-à-dire par l'ossification du cartilage affecté. D'autres fois enfin, elle se termine par la suppuration ou la carie de cet organe. On voit alors se former avec lenteur une tumeur molle, fluctuante dès son début, qui s'abcède et laisse écouler un pus séreux et peu lié. L'ouverture de la peau devient fistuleuse, et si on y porte un stylet, cet instrument, en pénétrant jusqu'au centre du cartilage, fait éprouver une sensation analogue à celle qui résulterait de sa rencontre avec des parcelles osseuses et friables. Le pus lui-même ne tarde pas ordinairement à entraîner au dehors quelques particules ossifiées et séparées du reste du cartilage.

Lorsque la maladie a peu d'étendue, on voit quelquefois la suppuration se tarir, et une cicatrice solide et adhérente au cartilage se former. Mais le plus souvent elle envahit toute l'épaisseur du cartilage, et reste ensuite stationnaire. Jamais cette affection n'est assez grave pour compromettre la vie du malade.

Caractères anatomiques. Dans la première période de la maladie on trouve le cartilage injecté, rouge et moins élastique que dans l'état naturel. Lorsque la maladie s'est terminée par la carie, on trouve toujours que cette affection existe au centre d'une ossification, laquelle est entourée d'un cercle de vaisseaux injectés, qui précède toujours le dépôt de matière salino-terreuse dans les interstices du tissu cartilagineux. Ordinairement aussi, les parties molles sont détachées de toute la circonférence du cartilage malade qui se trouve ainsi complètement isolé.

Traitement. Les émolliens d'abord, et ensuite les irritans dérivatifs appliqués sur la peau, constituent tout le traitement de la maladie à la première période, à moins qu'elle ne tienne à une cause syphilitique, ou à une disposition scrofuleuse; car alors il faudrait joindre à ces moyens ceux qui sont indiqués

contre la vérole et les scrofules. Il n'y a rien à faire lorsqu'une inflammation lente s'est terminée par l'ossification du cartilage affecté. Mais quand la maladie a passé à l'état de carie, et que celle-ci continue de faire des progrès, on peut obtenir la guérison par une opération chirurgicale, qui consiste à mettre à découvert le cartilage malade, par une incision faite aux tégumens, et si la maladie est superficielle, à enlever couche par couche tout ce qui est malade, à l'aide d'un fort scalpel, ou si la maladie est profonde, et que l'organe soit isolé de toutes parts, comme cela a ordinairement lieu dans ces cas, à retrancher la portion qui est malade, en la coupant perpendiculairement à son épaisseur de chaque côté, au-delà des limites du mal, par une opération analogue à la résection des côtés. (Voyez *Costite*.) On traite ensuite le malade comme après cette opération.

De la chondrite articulaire.

L'inflammation des cartilages articulaires est, de même que celle des membranes synoviales et des trousseaux fibreux qui environnent les articulations, l'un des points de départ d'une affection très-grave qus les auteurs ont désignée sous les noms d'*arthrite chronique*, de *tumeur blanche*, d'*arthrocace*, etc., et surtout de *luxation spontanée*, en raison de l'un des effets qu'elle manque rarement de produire lorsqu'elle n'est pas arrêtée dans sa marche. Aussi, de même que nous l'avons fait pour les affections que nous venons de nommer, nous nous bornerons ici à décrire en général les phénomènes particuliers à l'inflammation des cartilages articulaires, nous réservant de décrire complètement l'*arthrocace* proprement dite, lorsque nous traiterons de l'inflammation des parties du système osseux qui concourent aux articulations.

La chondrite articulaire est quelquefois aiguë, et beaucoup plus souvent chronique; mais comme, dans ces deux manières

d'être, la maladie ne diffère que par le temps qu'elle met à se développer, et peut-être par l'intensité plus vive de la douleur, ainsi que par la facilité un peu plus grande qu'elle offre à céder aux moyens appropriés daus le premier cas que dans le second, nous les confondrons dans la même description, afin d'éviter des répétitions inutiles, puisqu'elle se présente avec les mêmes symptômes, et qu'elle réclame le même traitement dans les deux cas. Elle a une assez grande tendance à se reproduire lorsqu'elle a une fois attaqué une articulation; mais elle n'est pas pour cela susceptible de prendre le caractère intermittent, c'est-à-dire de reparaître à des intervalles réguliers et toujours les mêmes. Rarement elle se développe dans plusieurs articulations à la fois; mais quelquefois, après en avoir successivement attaqué plusieurs avec peu d'intensité, elle se fixe dans une d'elles et y fait des progrès rapides ou plus difficiles à arrêter. Ce caractère appartient pourtant plus spécialement aux inflammations des membranes synoviales qu'à celle des cartilages articulaires.

Causes. Les causes de l'inflammation des cartilages articulaires sont les mêmes que celle de l'arthrite et de la synovite : nous n'en recommencerons pas ici l'énumération. Cependant nous devons dire qu'elle se développe beaucoup plus souvent chez les sujets scrofuleux ou rhumatisans que chez les autres, et qu'elle apparaît quelquefois alors spontanément. Toutefois elle ne commence ordinairement à se manifester qu'à la suite d'une contusion éprouvée par les cartilages : par exemple, lorsque dans une chute sur la plante des pieds les surfaces articulaires de l'articulation tibio-tarsienne, tibio-fémorale ou coxo-fémorale, se sont trouvées pressées directement l'une contre l'autre.

Symptômes. Le premier symptôme qu'éprouve le malade est ordinairement un sentiment de pesanteur et de faiblesse dans le membre, auquel se joint bientôt une douleur vive, profonde, se faisant principalement sentir pendant le mouve-

ment de l'articulation, augmentant lorsqu'on presse directement l'une contre l'autre les surfaces articulaires, et à laquelle se joignent, chez quelques sujets, l'anorexie, la soif, la chaleur de la peau et l'accéleration du pouls. Jusqu'ici cette douleur peut être confondue avec celle qui résulte de l'inflammation de la membrane synoviale, mais il ne tarde pas à s'y joindre un autre symptôme plus caractéristique, c'est un alongement du membre, proportionné à l'augmentation de l'épaisseur des cartilages enflammés. On distingue alors ce gonflement de celui qui accompagne l'inflammation des extrémités articulaires des os, à ce que, dans ce dernier cas, l'os est gonflé, tandis qu'il conserve son volume quand le cartilage seul est enflammé. Ainsi, douleur fixe, augmentant par les mouvemens et par la pression; avec alongement du membre, sans gonflement de l'os, tels sont, en résumé, les symptômes de l'inflammation des cartilages articulaires à la première période.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Pour peu que cette maladie ait un certain degré d'intensité, il est rare qu'elle se termine par résolution lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, surtout chez les sujets scrofuleux. Quelquefois cependant cette heureuse terminaison peut arriver. Quelquefois aussi, mais ces cas sont extrêmement rares, la maladie se termine par une sorte d'induration des cartilages : les articulations conservent la faculté de se mouvoir, mais les mouvemens sont alors accompagnés d'un bruit particulier, analogue à celui que produisent deux corps durs, comme l'ivoire, par exemple, et bien polis, lorsqu'ils frottent l'un contre l'autre. Le plus ordinairement, l'affection des cartilages s'étend à la membrane synoviale et aux organes fibreux qui assujettissent l'articulation. Aux symptômes ci-dessus indiqués, se joignent ceux de l'ostéite chronique et de la synovite, avec ou sans accumulation de liquide. Quel que soit le mode d'articulation, les os n'étant plus retenus que par des liens relâchés, tendent à s'abandonner, entraînés par leur propre poids ou par l'action des

muscles, ou par ces deux causes réunies. Mais c'est surtout dans les articulations diarthrodiales que cet effet est le plus marqué : il arrive un moment où la cavité de réception, entièrement remplie par son cartilage tuméfié, n'offrant plus à la tête qu'elle est destinée à recevoir qu'une surface plane, celle-ci obéit à l'action des muscles ou à une impulsion extérieure, et l'abandonne complètement et pour toujours. Il y a alors *luxation spontanée*. Avant que cet accident soit produit, le malade guérit quelquefois, soit en recouvrant la liberté des mouvemens, soit en conservant une ankylose. Il faut toujours plusieurs mois, quelquefois plusieurs années pour obtenir ce résultat. Nous verrons plus tard, qu'après la production de la luxation, la guérison peut encore s'opérer, toutefois dans les rapports nouveaux où se trouvent les parties de l'articulation luxée, soit qu'il se forme une soudure, soit qu'il s'établisse une fausse articulation. Mais le plus souvent l'affection s'étend des cartilages aux extrémités spongieuses des os, la carie s'empare de ces organes, et les malades finissent par périr dans le marasme. (Voyez *Ostéite articulaire*.)

Caractères anatomiques. Dans la première période de la maladie, on trouve les cartilages rouges et gonflés; lorsque celle-ci s'est terminée par ce que nous avons appelé *induration*, ils sont remplacés par une couche jaune, très-dure, d'apparence demi-vitreuse, parfaitement polie, et présentant des espèces de crêtes, alternant avec des rainures dirigées dans le sens des mouvemens de l'articulation (1), et semblent indiquer une usure réciproque des surfaces articulaires. Lorsque la maladie a continué de faire des progrès, on trouve, suivant l'époque où on l'examine, les cartilages, les ligamens, les muscles qui environnent l'articulation, ramollis, détruits, en suppuration, les os eux-mêmes cariés, et les surfaces articu-

(1) Cette espèce d'altération très-rare n'a encore, que nous sachions, été observée que dans les articulations ginglymoïdales.

laires séparées ou détruites, et plongeant dans un vaste foyer purulent.

Traitement. Le traitement est tout-à-fait conforme à celui de l'*arthtrite* et de l'*arthrocace*. Ne voulant point répéter ici ce que nous avons dit du premier, ni anticiper sur ce que nous avons à dire du second, nous nous bornerons à indiquer que les applications réitérées de sangsues, les cataplasmes émolliens, un régime sévère, tant que la douleur existe; l'irritation dérivative de la peau ou du tissu cellulaire voisin de la maladie, par le moyen des vésicatoires volans, des sétons ou des moxas, lorsqu'il n'y a plus que l'allongement du membre sans douleur; moyens auxquels il faut joindre pendant tout le temps du traitement le repos le plus absolu de l'articulation malade, en constituent les principales bases. Nous indiquerons, en parlant de la luxation spontanée, suite de l'inflammation centrale des extrémités articulaires des os, ce qu'il faut faire lorsque cette luxation est opérée.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME FIBRO-CARTILAGINEUX.

Considérations générales.

Les fibro-cartilages inter-articulaires, tels que ceux des vertèbres, des symphyses du bassin, de la mâchoire inférieure, de la clavicule et du genou, les gaînes tendineuses, la poulie du grand oblique de l'œil, et le ligament annulaire du radius, composent ce système. Bichat y réunissait en outre les cartilages des paupières, du nez, de l'oreille, de l'épiglotte et de la trachée-artère; mais Meckel (1) et Béclard (2) regardent ces parties comme d'une nature entièrement analogue à celle des cartilages, et nous nous rangeons à leur opinion.

(1) *Ouvrage cité*, tom. Ier, pag. 360.
(2) *Élémens d'Anatomie générale*, pag. 472.

Ces parties tiennent le milieu, pour l'organisation, entre les cartilages et le système fibreux; elles participent tout à la fois, par conséquent, de la densité et de la résistance du système fibreux, et de l'élasticité des cartilages. Peu de sang les pénètre; on n'y découvre ni nerfs ni vaisseaux lymphatiques; enfin elles sont presque insensibles.

Avec une vitalité aussi obscure, des fonctions purement passives, et une situation qui les met à l'abri de presque toutes les causes de maladies, les fibro-cartilages ne doivent être que rarement affectés. C'est, en effet, ce qui a lieu; on ne connaît que leur inflammation, et elle est extrêmement rare et presque toujours produite par celle des parties avoisinantes. Ils rougissent et se gonflent lorsqu'ils sont atteints par ce mode d'irritation; mais, en général, ils deviennent peu douloureux; leur température n'est pas augmentée; ils provoquent quelquefois la souffrance sympathique de quelques autres organes, mais ils restent impassibles au milieu du désordre de tous les autres systèmes; ils suppurent rarement; la gangrène opérant ses ravages autour d'eux, les altère à peine; enfin on ne les voit que rarement ulcérés. Leur ossification est assez fréquente; elle l'est moins que celle des cartilages, mais davantage que celle du système fibreux.

L'inflammation des fibro-cartilages est peu connue; elle est si rarement primitive, et le diagnostic en est d'ailleurs si difficile, que cela ne doit pas étonner. Il est probable que la maladie connue sous le nom de *mal de Pott* commence quelquefois par les fibro-cartilages inter-vertébraux, et que la *tumeur blanche* du genou ou *arthrocace* débute aussi quelquefois par le fibro-cartilage de cette articulation. Telle est du moins l'opinion de plusieurs médecins, et quelques observations d'anatomie pathologique, dans lesquelles on a trouvé ces tissus ulcérés, en partie détruits au milieu des autres parties articulaires restées saines, tendent à confirmer cette opinion. Ces derniers faits prouvent du moins que leur affection peut

être primitive; mais, dans la profondeur où ils sont placés, dans l'absence de symptômes propres qui puissent en faire distinguer la souffrance de celle des parties voisines, puisque la douleur, commune à toutes, en est le seul symptôme local, comment en reconnaître l'inflammation pendant la vie? Ces difficultés sont grandes; mais avec l'esprit véritablement analytique qui préside aujourd'hui aux observations médicales et aux recherches anatomico-pathologiques, on parviendra sans doute à les surmonter. M. Velpeau a déjà jeté quelque jour sur l'inflammation des fibro-cartilages du bassin, dans un Mémoire qu'il a lu à l'Académie royale de médecine, et fait insérer dans les *Archives générales* (1); des recherches ultérieures achèveront sans doute ce que ce médecin a si bien commencé.

De la fibro-chondrite du bassin.

Nous nommons ainsi l'inflammation des fibro-cartilages du bassin. Tous les auteurs l'ont décrite jusqu'à ce jour, et probablement confondue avec d'autres affections, telles que l'angioleucite, par exemple (2), sous les noms de *phlegmasie blanche*, *phlegmatia alba dolens*, et principalement sous les dénominations d'*engorgement blanc* et *engorgement des membres abdominaux des femmes en couches*.

Causes. On n'a encore observé cette phlegmasie qu'à la suite de l'accouchement. L'écartement et les tiraillemens qu'éprouvent les symphyses sacro-iliaques et pubiennes pendant que l'enfant traverse le bassin, laisse dans ces parties un état de douleur qui les prédispose à contracter l'inflammation, et si, dans cette circonstance, l'accouchée marche trop tôt, elle augmente l'irritation des articulations douloureuses et en détermine la phlegmasie. Il en est encore de même si elle s'expose

(1) Voyez *Archives générales de Médecine*, tom. VI, pag. 220 et suiv.
(2) Voyez *Leucite*, tom. Ier, pag. 307.

au froid : l'action de cet agent va nécessairement retentir sur les symphyses déjà irritées, et les enflamme. Peut-être cette phlegmasie se développe-t-elle dans d'autres circonstances et par d'autres causes, mais cela paraît peu probable.

Symptômes et *marche*. Au bout d'un temps plus ou moins long après l'accouchement, une douleur sourde, accompagnée de pesanteur, se fait sentir dans le fond du bassin, et quelquefois à la région pubienne; le plus léger mouvement l'augmente, des frissons irréguliers se manifestent, la peau s'échauffe et le pouls s'accélère. La douleur devient plus vive; elle se propage au sacrum, dans les aines et à la partie supérieure de l'une des cuisses. Après quelques jours de durée, cette douleur diminue; alors l'un des membres abdominaux, ou tous les deux se tuméfient et s'engorgent ; la peau qui les recouvre prend une teinte érysipélateuse par plaques irrégulières et indifféremment disséminées, quelquefois la rougeur suit le trajet d'une veine ou de quelques vaisseaux lymphatiques qui commencent à participer à l'inflammation; tous les mouvemens des membres affectés sont douloureux, et la douleur retentit surtout dans le bassin ; des abcès se forment dans ces diverses parties, et les malades succombent, soit à la violence des symptômes dans l'état aigu, soit à l'épuisement ou au marasme dans l'état chronique.

Durée, *terminaisons* et *pronostic*. La durée de cette phlegmasie est rarement moindre de quinze à vingt jours; elle se prolonge ordinairement beaucoup au-delà de ce terme, quelquefois pendant plusieurs mois. Rarement on la voit se terminer par résolution ; la suppuration des fibro-cartilages, l'extension de l'inflammation aux veines, au tissu cellulaire, aux vaisseaux et aux ganglions lymphatiques des parties voisines, en sont les suites ordinaires, et la mort l'issue fréquente. Le pronostic en est donc toujours grave.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à cette affection, on trouve l'une ou

plusieurs des symphyses du bassin relâchées et mobiles, les fibro-cartilages ramollis, noirâtres, suppurés, baignés par un pus brun et souvent fétide, décollés et séparés des os par la matière de la suppuration; toutes les parties molles sont aussi décollées auprès des articulations malades; les veines contiennent du pus mêlé au sang; les vaisseaux lymphatiques en renferment aussi quelquefois; les ganglions sont augmentés de volume, rouges ou grisâtres, ou blancs, et déjà ramollis à leur centre; enfin on rencontre des foyers purulens dans le tissu cellulaire du bassin et des membres.

Traitement. Le traitement antiphlogistique dans toute son énergie doit être employé dès le début de l'inflammation; il faut avoir recours aux saignées générales et locales, aux cataplasmes et aux fomentations émollientes et narcotiques, aux bains, à la diète absolue, aux boissons aqueuses et délayantes, et insister sur cette médication tant qu'il reste de la douleur dans la partie; le repos le plus parfait est indispensable. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut espérer de prévenir la suppuration des articulations affectées, terminaison toujours grave et souvent funeste. Lorsque la résolution s'opère, on entoure avec avantage les membres abdominaux et le bassin avec de la flanelle; on pratique quelques douces frictions sur ces parties, et sur la fin même on les recouvre de fomentations aromatiques. On peut aussi seconder l'effet de ces derniers moyens par quelques sudorifiques ou diurétiques; mais lorsque la maladie est passée à l'état chronique, et qu'il existe des foyers purulens, il faut donner issue à la matière de ces foyers, et établir des cautères ou des sétons aux environs des articulations affectées.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME OSSEUX.

Considérations générales.

Destinés à servir de leviers dans les grands mouvemens des animaux (os longs), ou à protéger les organes contre les agens extérieurs (os plats), ou à donner de la solidité à certaines parties qui avaient besoin de réunir cette qualité à la mobilité (os courts), les os ont été appelés avec raison, dans leur ensemble, la charpente du corps humain. Ils sont formés par un tissu fibreux particulier, que l'ébullition réduit en gélatine, traversé par quelques vaisseaux sanguins, et dans les aréoles duquel sont déposés des sels calcaires. C'est à la présence de cette matière inorganique qu'ils doivent le poids, la solidité, la dureté, la résistance, et en même temps le défaut d'irritabilité dans l'état sain qui leur sont propres. Leur organisation tient donc, pour ainsi dire, le milieu entre les corps vivans et les corps bruts, et la vitalité y est en rapport parfait avec ce mode de composition, car elle y est obscure, les irritations y sont lentes, chroniques et souvent indolores; et ce qui achève de rendre ce rapport exact, c'est que ces irritations sont plus rapides, plus aiguës et plus douloureuses chez les enfans que chez les vieillards, parce que les os des premiers contiennent proportionnellement plus de matière animale, et ceux des seconds plus de substance inorganique.

Cependant les os sont susceptibles de s'enflammer. Ainsi, on regarde généralement comme inflammatoires les phénomènes qui se passent dans les deux bouts d'un os fracturé. C'est avec raison, sans doute, puisqu'on y observe du gonflement, de la rougeur, un peu de douleur, et qu'il est très-probable que la chaleur y est un peu augmentée. C'est aussi par une véritable inflammation des extrémités articulaires des os, que certaines *tumeurs blanches* commencent; telles sont celles que Nep.

Rust, Paletta et Brodie ont décrites. D'ailleurs, quel que soit le tissu par lequel ces phlegmasies aient débuté, il arrive quelquefois que toute la masse qui constitue la tumeur s'enflamme violemment, et il est ordinaire alors que les extrémités articulaires des os participent à l'inflammation; mais hors ces cas, on n'observe pas l'inflammation aiguë des os. Leur inflammation chronique est, au contraire, assez fréquente. Cette différence s'explique aisément par la seule considération de la nature moitié organique et moitié inorganique du tissu osseux.

Toutes les inflammations des os marchent avec une lenteur remarquable et se prolongent indéfiniment. Cette lenteur et cette longue durée sont des effets nécessaires du peu d'activité avec laquelle s'exécutent les actes de composition et de décomposition dans ce système, parce que c'est toujours en vertu des mêmes lois que les actions organiques s'exercent, soit dans l'état de santé, soit dans celui de maladie. Il faut attribuer à la même cause cette absence presque totale de phénomènes sympathiques dans les inflammations des os. Une autre cause y contribue cependant, c'est leur isolement au milieu du *consensus* de toutes les autres parties de l'économie. Il en résulte, qu'impassibles au milieu des inflammations les plus violentes des autres systèmes, ils ne peuvent associer à leur tour ceux-ci à leur souffrance, quelque vive qu'elle soit; ils s'enflamment et se désorganisent sans exercer la moindre influence sur l'individu, et ce n'est que quand l'irritation se communique aux parties environnantes et lorsqu'une suppuration abondante existe depuis quelque temps, que les sympathies sont mises en jeu, et que le danger commence. Aussi, les agens thérapeutiques les plus énergiques n'ont-ils qu'une influence bornée et peu puissante sur de telles affections, et l'on n'obtient de bons résultats de leur emploi qu'après les avoir fait agir long-temps et d'une manière continue.

Le système médullaire ne peut pas être séparé, dans l'étude, du système osseux; il n'en est d'ailleurs qu'une dépendance,

et n'est probablement jamais affecté sans lui. Il se compose d'une membrane ou plutôt d'un réseau vasculaire, soutenu par une petite quantité de tissu cellulaire, tapissant la cavité intérieure des os longs, et contenant la moelle. Ses usages paraissent être au dedans, ceux du périoste au dehors, c'est-à-dire de contenir les vaisseaux de nutrition. L'anatomie n'y démontre la présence d'aucun nerf; cependant la membrane est très-sensible. On connaît à peine les affections de ce système, trop bien protégé contre les actions extérieures, et ayant une existence trop isolée de celle des autres organes, pour devenir le siége fréquent de maladies. Bichat regarde comme très-probable que la membrane médullaire est affectée dans les douleurs de la syphilis; nous partageons cette opinion. Mais une maladie qui lui est bien évidemment propre, c'est le *spina-ventosa;* car souvent le tissu propre de l'os est sain et n'est que dilaté dans cette affection, tandis que la membrane est constamment altérée. Plusieurs praticiens pensent que les douleurs ostéocopes et les nécroses intérieures peuvent être rapportées à l'inflammation de la membrane.

De l'ostéite.

Cette maladie est aiguë ou chronique; mais lors même qu'elle affecte le premier de ces modes, elle est si lente dans sa marche, qu'elle paraît toujours chronique, si on la compare à celle de l'inflammation des autres tissus. Au reste, cette distinction est ici peu importante; car l'inflammation aiguë du tissu osseux ne diffère de celle qui est chronique que par le temps moins considérable qu'elle met à arriver à une terminaison quelconque : les mêmes causes les produisent, elles tendent au même résultat, et le même traitement leur est applicable; aussi les confondrons-nous dans une seule et même description, nous bornant à dire ici, une fois pour toutes, que l'ostéite aiguë arrive à une terminaison dans l'espace de deux à

trois mois, tandis qu'il faut des années pour que cette maladie se termine quand elle est à l'état chronique.

L'inflammation peut attaquer tous les os. Cependant elle se manifeste plus fréquemment dans les os superficiels que dans les os profonds, dans ceux qui sont spongieux que dans ceux qui sont compactes. Les os courts du carpe et du tarse, le corps des vertèbres, les extrémités articulaires des os longs, tels sont les lieux où on l'observe le plus fréquemment. Elle envahit rarement la totalité d'un os, à moins qu'il ne soit d'un très-petit volume; quelquefois elle commence par la surface, d'autres fois, au contraire, elle naît du centre même du tissu de l'organe. Elle est plus fréquente chez les enfans que chez les adultes.

Causes. L'action de toutes les causes physiques externes, comme les plaies, les contusions, etc., peut enflammer le tissu des os; mais le plus souvent leur inflammation est indépendante d'aucune cause externe. La disposition scrofuleuse, l'infection vénérienne invétérée, le scorbut, la diathèse cancéreuse, l'arthrite, la rétrocession des exanthèmes cutanés aigus ou chroniques, l'épuisement général dépendant des excès de la masturbation ou de l'inflammation chronique d'un viscère important, sont les causes qui y donnent le plus fréquemment lieu. Assez souvent elle est consécutive à l'inflammation, et surtout à la suppuration des tissus fibreux, synoviaux ou cartilagineux, qui sont en rapport immédiat avec les os.

Symptômes. Lorsque l'inflammation attaque un os superficiel, elle est facile à reconnaître au gonflement, tantôt général, tantôt borné à un point de la longueur de l'os, mais affectant toute son épaisseur, tantôt enfin s'élevant de sa surface et formant une tumeur circonscrite qui fait corps avec lui. Ce gonflement est ordinairement précédé et accompagné d'un sentiment de pesanteur dans la partie, et d'une douleur obtuse qui se développe surtout lorsque le membre éprouve quelque commotion, et qui dépend probablement de ce que la membrane

médullaire participe à l'irritation du tissu même de l'os. Lorsque la maladie dépend d'une cause vénérienne, ces douleurs sont vives, profondes, elles occupent le centre de l'os (*douleurs ostéocopes*), et elles ont pour caractère particulier d'être beaucoup plus fortes la nuit que le jour. Dans les autres cas, elles ne deviennent vives en général, que lorsque l'inflammation s'étend par contiguité aux tissus environnans, ou que lorsque la maladie de l'os est consécutive à celle de ces tissus. C'est en général aussi dans ces cas que le cœur et l'estomac participent quelquefois à l'irritation locale. On distingue la tuméfaction due au gonflement de l'os, de celle qui dépend du gonflement du périoste, à sa dureté et à la lenteur avec laquelle elle se développe; mais lorsque c'est un os profondément situé qui est affecté, ce n'est plus qu'au gonflement et à la pesanteur du membre, ainsi qu'aux douleurs obtuses et profondes qui s'y font sentir, qu'on peut reconnaître la maladie, et la lenteur de sa marche peut seule la faire distinguer de la périostite.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de la maladie n'est pas exactement la même dans tous les os, dans tous les points d'un même os, et quelle que soit la cause qui l'ait produite. Lorsqu'elle attaque un sujet scrofuleux ou affecté de syphilis, elle commence ordinairement dans l'épaisseur même du tissu de l'os; dans le premier cas, elle attaque les os courts ou les extrémités spongieuses des os longs, et le gonflement qui survient est assez rapide; dans le second, elle attaque de préférence le tissu compacte des os; le gonflement affectant les diverses formes qui ont été indiquées peut devenir considérable; mais en général il se développe avec une grande lenteur.

Lorsqu'elle est consécutive à l'inflammation des ligamens, des cartilages ou des capsules articulaires, dépendant elle-même de l'arthrite goutteuse ou rhumatismale, de la rétrocession de quelque exanthème cutané, elle attaque la superficie des extrémités spongieuses des os; quand elle provient d'une pé-

riostite, ou qu'elle accompagne le *scorbut*, etc., elle se développe à la surface du tissu compacte, et, dans l'un et l'autre de ces cas, le gonflement de l'os est peu considérable et même quelquefois nul. Dans tous les cas, la marche est lente, et la durée de la maladie fort considérable, surtout lorsqu'elle ne se termine pas par résolution.

L'inflammation des os peut se terminer par résolution, par induration, par suppuration, et par la mortification du tissu affecté.

En général, lorsque le développement de la maladie a été rapide, on peut reconnaître qu'elle se termine par résolution, et à la cessation de la douleur lorsqu'il en existait, et aussi à la diminution du gonflement, qui s'opère d'une manière lente et graduée. Mais quand la marche de la maladie a été extrêmement lente, souvent la tuméfaction persiste, et comme il n'y a pas toujours de douleur, on manque des signes fournis par la disparition de ce symptôme. Cependant, en général, le gonflement diminue, s'il ne disparaît pas; la partie devient plus légère, et elle recouvre une liberté de mouvemens et de fonctions qu'elle n'a pas lors même que la maladie dans son cours ne présente pour symptôme que le gonflement de l'os, et n'est pas accompagnée de douleur. Mais dans ce cas ce n'est qu'après un temps assez long qu'on peut prononcer avec certitude.

La disparition de la douleur, et le recouvrement de la liberté d'action des muscles, à moins que la tumeur formée par l'os ne soit assez considérable pour les dévier, accompagnent aussi la terminaison de l'inflammation du tissu osseux par induration; mais dans ce cas la maladie a suivi une marche beaucoup plus longue: le gonflement persiste en entier ou ne diminue que très-peu, et la partie reste d'une pesanteur incommode, qui en gêne plus ou moins les mouvemens pour peu qu'il ait d'étendue. Ce mode de terminaison se fait plus spécialement remarquer à la suite des inflammations syphilitiques qui affectent

les points des os superficiels où existe le tissu compacte, surtout s'il s'est formé une tumeur distincte du corps de l'os.

La terminaison de l'inflammation par suppuration a reçu le nom de *carie*. Elle est assez fréquente. On l'observe plus particulièrement à la suite des inflammations qui attaquent les os courts ou les parties spongieuses des os longs; en général, quand elle attaque le tissu compacte des os, elle est la suite de l'extension à ce tissu de l'inflammation et de la suppuration des tissus qui l'avoisinent au dehors ou au dedans, et elle n'est précédée que par un gonflement très-peu considérable de l'os. La carie est toujours précédée de douleurs plus ou moins vives et fixées dans le point de l'os qui est attaqué ou gonflé. Si l'os est très-superficiellement placé, il se forme bientôt sur le point affecté une tumeur d'un volume médiocre, qui tient à l'os, et s'étend par des progrès lents aux parties molles environnantes. La peau, d'abord saine et mobile, devient adhérente, s'épaissit, prend une teinte bleuâtre, et se détruit enfin pour faire place à un ulcère, dont le fond est formé par des chairs fongueuses et livides, adhérentes à l'os malade, et qui fournissent une suppuration sanieuse d'une fétidité particulière. Un stylet introduit à travers ces chairs pénètre jusque dans la substance de l'os, qui se laisse traverser, soit à la manière des fongus, soit en faisant éprouver la sensation d'une multitude de petites fractures, produites par l'extrémité du stylet; c'est là le signe pathognomonique de la carie. Lorsque l'os, sans être profondément situé, est moins superficiel que nous ne l'avons supposé dans le cas précédent, la marche de la maladie est à peu près la même; seulement l'ouverture de la peau est précédée par la formation d'une tumeur molle et fluctuante dans tous ses points, qui la soulève long-temps avant qu'elle s'enflamme et se perfore; l'ouverture qui s'y forme est étroite, ses bords se boursouflent et prennent l'apparence d'nne petite fongosité percée à son centre d'une ouverture qui conduit le stylet jusqu'à l'os, à travers un trajet plus ou moins long. (Voyez *Fistules*.)

Quand l'os affecté a un siége très-profond, les phénomènes qui s'y passent sont les mêmes que dans le cas précédent; mais le pus ne se fait jour qu'après avoir formé ce qu'on a appelé un abcès par *congestion*. Dans ces cas, le pus fourni par l'os carié n'enflamme pas, comme à la suite d'un phlegmon, les parties molles voisines pour se faire jour à travers leur tissu, en prenant la voie la plus droite et la plus courte; il fuse au contraire dans les interstices cellulaires, en suivant ordinairement le trajet des gros vaisseaux, et vient soulever la peau dans un point déclive, quelquefois très-éloigné de celui où il prend sa source. La tumeur qu'il forme est molle et fluctuante dès le moment où elle apparaît; elle s'accroît lentement pendant plusieurs mois, et acquiert souvent un volume considérable avant que la peau qui la recouvre s'enflamme et se perfore ; caractères qui la distinguent de tous les autres abcès, où l'engorgement des parties et l'inflammation précèdent toujours la fluctuation. Lorsque l'ouverture est très-large, ses bords sont livides, amincis et décollés, et elle persiste : quand elle est étroite, elle prend les caractères des orifices fistuleux (voyez *Fistules*), ou elle se referme quand le foyer est évacué, et s'entr'ouvre de temps à autre, à mesure qu'il se trouve de nouveau rempli. Dans les cas tels que celui que nous venons de décrire, on ne peut pas acquérir par l'introduction du stylet le signe que uous avons dit être pathognomonique de la carie ; mais l'existence de douleurs fixes longtemps avant la formation de l'abcès, dans un os de structure favorable à la production de la carie, et situé de façon à pouvoir servir de source à la collection qui s'est établie, les caractères particuliers à cette collection, ceux de l'ouverture spontanée par laquelle elle s'évacue, peuvent établir une forte présomption, qui se changera en certitude par l'étude de la marche ultérieure de la maladie. Quel que soit en effet le siége de la carie, le pus qui s'écoule est plus abondant que ne le comporte l'étendue de l'ulcère ou celle de la fistule qui le

fournit, il acquiert bientôt une fétidité particulière, teint souvent en noir les pièces d'appareil qu'il imprègne, surtout lorsqu'il entre du plomb dans leur composition, et il entraîne de temps à autre de petites parcelles d'os nécrosées. Ce signe ne permet plus aucun doute.

Lorsque la carie est l'effet de l'extension au tissu de l'os de l'inflammation d'un organe contigu ou continu, elle offre quelques différences dans sa marche. L'inflammation attaquant d'abord des tissus où les mouvemens organiques sont plus rapides, suit une marche plus aiguë ; les symptômes qui l'accompagnent masquent souvent ceux qui annoncent l'affection du tissu osseux : souvent aussi ce tissu ne commence à s'altérer que long-temps après que l'inflammation des autres parties est passée à la suppuration, et ce n'est qu'au changement qui s'opère dans la nature du pus qu'on s'aperçoit de l'existence de la carie. Dans la plupart de ces cas, le gonflement de l'os est très-peu considérable, la carie est bornée à la superficie, et le stylet, introduit, fait reconnaître que sa surface est rugueuse et inégale, mais il ne pénètre pas dans sa substance.

Quelquefois la carie guérit spontanément ; on voit alors la suppuration diminuer, et le pus perdre sa fétidité et sa ténuité, pour prendre les caractères d'un pus de bonne nature ; peu à peu les fistules se ferment, et le malade se trouve complètement guéri, en conservant ordinairement l'os plus volumineux, et, si la maladie avait son siége dans une articulation, une ankylose. Cette terminaison heureuse se fait surtout remarquer chez les sujets scrofuleux, mais encore forts, au moment où ils passent de l'enfance à la puberté. D'autres fois on voit, surtout lorsque la carie est vénérienne, toute la portion d'os affectée se mortifier, un cercle inflammatoire se former autour d'elle, et tracer les limites entre les parties saines et celles qui sont mortes, et qui se détachent sous forme d'une forte esquille (voyez *Nécrose*), à la manière des escharres des

parties molles ; après quoi la cicatrisation s'opère, et le malade se trouve guéri comme dans le cas précédent ; mais ces exemples heureux de guérison ne s'observent que sur les sujets jeunes et vigoureux, encore sont-ils extrêmement rares, et se font-ils très-long-temps attendre. Après ceux-ci, les cas les plus heureux et les plus rares sont ceux où la maladie ayant peu d'étendue, reste stationnaire et fournit une suppuration intarissable, mais assez peu abondante pour ne point altérer la santé générale du malade.

Le plus souvent la maladie s'accroît, si elle dépend d'une de ces causes qui portent leur influence sur toute l'économie ; elle s'étend, de proche en proche, de l'os affecté à ceux qui lui sont contigus, ou elle envahit les os semblables qui occupent la partie du corps correspondante à celle où l'os primitivement affecté a son siége ; le pus s'altère de plus en plus, le malade s'affaiblit, et succombe dans l'épuisement et le marasme.

D'après ce qui vient d'être exposé, il est facile de voir que la carie qui affecte les jeunes sujets est en général moins fâcheuse que celle qui se déclare chez les adultes et chez les vieillards. Il en est de même de celle qui attaque le tissu compacte des os, par rapport à celle qui se développe dans le tissu spongieux, parce que, dans le premier cas, elle se transforme plus facilement en nécrose. La carie d'un os profondément situé est plus grave que celle d'un os que les instrumens de la chirurgie peuvent facilement atteindre. Celle qui dépend d'une cause locale est plus facile à détruire que celle qui dépend d'une cause générale ; et parmi celles qui sont le résultat d'une cause générale, les moins dangereuses sont celles qui sont produites par une cause de nature à être détruite sûrement par un agent spécifique ; c'est ainsi que la carie vénérienne est moins dangereuse que la carie scrofuleuse. Dans tous les cas, la carie est une maladie grave.

Caractères anatomiques. Nous ferons connaître, lorsque nous parlerons des solutions de continuité, quels sont les phé-

nomènes d'anatomie pathologique que présente le tissu des os lorsqu'il est atteint de plaie ou de fracture, et nous ne parlerons ici que de son inflammation spontanée.

Lorsqu'on examine un os affecté d'inflammation, on trouve son tissu gonflé, quelquefois ramolli, et toujours gorgé par un sang noir qui s'échappe par une espèce de transsudation des points où on le met à nu, ou de ceux où l'on opère quelque solution de continuité. Ordinairement aussi, le périoste et la membrane médullaire sont épaissis, injectés, et même, si la maladie est ancienne, dans quelques cas, ossifiés; les muscles environnans participent souvent eux-mêmes à l'inflammation, et parfois sont aussi passés en partie à l'état d'ossification; mais ces cas sont rares lorsqu'il ne s'agit que d'une inflammation spontanée des os; ils sont beaucoup plus communs à la suite de l'inflammation produite par les solutions de continuité. La tumeur que forme l'os malade constitue une *hypérostose*, lorsqu'elle envahit la totalité de l'épaisseur de l'organe, et une *exostose*, lorsqu'elle se détache d'un point de sa surface. Le plus souvent l'hypérostose n'occupe qu'un point de la longueur de l'os, surtout quand elle affecte un os long, comme cela est le plus ordinaire; celui-ci paraît alors comme *renflé* dans le lieu affecté, la saillie de la tumeur se confondant insensiblement avec la surface de la partie de l'os qui est restée saine. D'autres fois l'organe est gonflé, renflé dans toute son étendue, excepté toutefois les surfaces par lesquelles il s'articule avec les os voisins, lesquelles conservent ordinairement leurs dimensions et leurs rapports naturels. Quand on scie dans le sens de sa longueur un os long enflammé depuis long-temps, on voit que les parois du canal médullaire ont acquis une épaisseur qui est quelquefois de plus d'un pouce, et il n'est pas rare de trouver alors ce canal entièrement oblitéré. L'exostose affecte des formes très-variées; tantôt elle a une large base, une surface lisse, et s'élève insensiblement en forme de mamelon de l'os qui lui donne naissance; tantôt sa surface est rugueuse,

quelquefois elle est comme hérissée d'aiguilles osseuses ; d'autres fois elle est elle-même aiguë et stalactiforme ; d'autres fois enfin, quoiqu'elle soit d'un assez gros volume, elle ne tient au reste de l'os que par un pédicule étroit. Lorsqu'on examine l'intérieur d'une exostose encore à l'état d'inflammation, on y trouve la substance osseuse raréfiée et gorgée de sang ; quelquefois aussi une lame osseuse divariquée forme une espèce de bulle qu'on trouve remplie par une substance charnue et fongueuse.

Lorsque l'inflammation s'est terminée par résolution, on trouve dans quelques cas le tissu de l'os tout-à-fait revenu à ses caractères naturels ; mais le plus souvent, quel que soit le temps écoulé depuis la cessation des symptômes inflammatoires, ce gonflement n'a pas entièrement disparu. La substance de l'os paraît alors comme boursouflée, le tissu compacte est devenu poreux, le tissu spongieux présente de larges cellules vides ou remplies par des liquides diversement colorés, et séparées par des lames minces : lorsque cette disposition se rencontre dans une exostose, elle prend le nom d'exostose laminée. On rencontre aussi quelques exostoses entièrement creuses, et formant une espèce de coque remplie par une fongosité. Cette espèce est encore peu connue, peut-être n'est-elle qu'une variété du *spina ventosa*. Jusqu'ici les caractères anatomiques sont à peu près les mêmes que ceux de l'inflammation des os ; mais il en est un qui suffit pour faire distinguer ces cas l'un de l'autre, c'est que, dans tous ceux où l'inflammation est terminée, l'injection sanguine a complètement disparu.

Quand l'inflammation s'est terminée par induration, l'injection des vaisseaux a également cessé, le gonflement seul a persisté, et le tissu gonflé de l'os a pris des caractères particuliers : tous les points malades se sont transformés en tissu compacte. Les exostoses où cette disposition se présente prennent le nom d'exostoses *éburnées* ; elles sont dures, solides, et leur corps

présente une substance homogène, semblable à l'ivoire. Les hypérostoses offrent les mêmes caractères. Enfin, on rencontre quelquefois des exostoses ou des hypérostoses mixtes, qui sont éburnées dans un point, et laminées dans un autre.

La maladie s'est-elle terminée par la suppuration. Si elle a commencé par le centre d'un os spongieux, on voit, dans certains cas, que toute la partie affectée de carie est transformée en une substance rougeâtre, grisâtre, et mollasse, ou lardacée, au milieu de laquelle on trouve une multitude de lamelles osseuses détachées; d'autres fois la substance de l'os est sèche, friable, creusée par une large cavité dont les parois sont rugueuses, et grisâtres, ou noirâtres. Si, au contraire, la maladie a commencé par la surface de l'os, comme lorsqu'elle est le résultat de l'inflammation d'un tissu voisin, si surtout elle attaque un os compacte, on trouve que la surface de l'os est rugueuse, inégale et comme corrodée. Dans tous ces cas, les tissus qui avoisinent la carie, de quelque nature qu'ils soient, sont transformés en fongosités mollasses, grisâtres, et lardacées, qui forment la paroi profonde du foyer dans lequel le pus fourni par l'os s'épanche immédiatement. Lorsque celui-ci s'est fait jour à l'extérieur, on trouve entre lui et les ouvertures spontanées qui se sont faites, des conduits tapissés d'un tissu analogue à celui des membranes muqueuses, et organisés à la manière des conduits fistuleux.

Enfin, lorsque la maladie s'est terminée par la mort ou *nécrose* de l'os, on trouve des portions plus ou moins considérables de celui-ci complètement isolées des parties molles, et entièrement détachées ou séparées du reste du tissu de l'organe, par un cercle de vaisseaux injectés qui indique la limite des parties mortes et des parties qui ont continué de vivre. (Voyez *Mort partielle*.)

Traitement. La première chose dont on doit s'occuper avant de procéder au traitement de l'inflammation des os est de rechercher si elle ne tient pas à quelque cause qu'on puisse dé-

truire par un traitement interne. Lorsque les symptômes inflammatoires sont modérés, il faut se borner à détruire cette cause, qu'elle soit syphilitique, scorbutique, scrofuleuse, etc., par les moyens appropriés (Voyez *Syphilis*, *Scorbut*, *Scrofules*, etc.). Mais lorsque l'inflammation est forte, on doit combiner ces moyens avec les saignées locales, les bains, les applications émollientes, ou même narcotiques, si les douleurs sont très-vives, et le repos de la partie. Ces derniers moyens sont les seuls qu'on doive employer lorsque la maladie est simple et purement locale. Nous avons même fait cesser plus d'une fois des douleurs nocturnes très-aiguës, se faisant sentir dans des exostoses syphilitiques, par de simples applications de sangsues. Il faut savoir seulement, qu'en raison de la lenteur des mouvemens organiques dans le tissu osseux, on doit employer ces moyens pendant un temps beaucoup plus long pour en obtenir quelque effet, que lorsqu'il s'agit d'un engorgement inflammatoire, même chronique, des parties molles. Il faut même, souvent, remplacer le remède qu'on emploie depuis assez long-temps pour que son efficacité soit en quelque sorte épuisée, par ses succédanés; c'est ainsi qu'après avoir donné le mercure sous plusieurs formes pendant long-temps, on lui substitue avec avantage les sudorifiques, dont on rend les solutions alcalines par l'addition de quelques grains de potasse ou de soude (1).

Lorsque tous les signes d'inflammation ont disparu depuis long-temps, que le gonflement persiste en tout ou en partie, qu'en un mot la maladie s'est terminée par résolution avec persistance d'une partie du gonflement, ou par induration, et que le traitement indiqué par la nature de la maladie a été administré pendant assez long-temps pour qu'on ne puisse plus rien en attendre, on peut essayer d'obtenir la résolution des hypérostoses et des exostoses par l'usage des remèdes dits *fondans*, tels que les frictions mercurielles, l'application des

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tom. III.

emplâtres *de vigo cum mercurio*, de diachylum gommé, de savon, de l'emplâtre diabotanum, les bains alcalins ou hydro-sulfurés, les douches de même nature, les linimens ammoniacaux, les rubéfians, les épispastiques, etc.; mais on ne doit les employer qu'avec réserve, parce que leur action irritante peut dans certains cas réveiller l'inflammation assoupie, et avec défiance, parce que le plus souvent ils n'aggravent ni ne soulagent la maladie, et que la tumeur osseuse persiste. Si c'est une hypérostose, l'art ne peut rien contre elle, à moins qu'elle n'occupe une partie où elle est très-incommode, et dont l'ablation ne compromet pas la vie du sujet, comme cela s'observe quelquefois aux doigts, par exemple; si, au contraire, c'est une exostose, elle peut être détruite par les procédés de la chirurgie; mais comme l'opération par laquelle on atteint ce but est souvent longue, laborieuse, et qu'alors elle provoque une inflammation vive dans la partie, on ne doit l'entreprendre que lorsque les incommodités qui résultent de la présence de l'exostose sont assez grandes pour la rendre nécessaire.

La forme, le volume et le siége de la tumeur font varier le procédé; si elle est petite, superficielle, et soutenue par un pédicule étroit, il suffit de la découvrir par une incision qui divise la peau et les tissus qui l'enveloppent, et de la retrancher à l'aide de tenailles incisives appliquées sur son pédicule. Si la tumeur est d'un certain volume, et supportée par un pédicule rétréci en forme de collet, il faut, 1° la découvrir en faisant aux tégumens une incision cruciale, ou si de cette manière on préjuge qu'il restera trop de peau, inciser circulairement celle-ci sur le corps même de la tumeur et à une distance suffisante de sa base, afin de ménager des lambeaux assez grands pour recouvrir la surface d'où elle tire son origine; 2° détacher les lambeaux; 3° inciser circulairement le périoste sur le pédicule de la tumeur; 4° retrancher celle-ci, en appliquant sur sa base une scie que l'on fait mouvoir parallèlement à la surface de l'os, ou en se servant d'une gouge et d'un mail-

let. Enfin, lorsque l'exostose a une très-large base, comme, dans ces cas, elle est ordinairement très-dure, et qu'il serait fort difficile de la détacher d'une seule pièce, il faut, après qu'on l'a mise à découvert, commencer par la diviser en plusieurs parties au moyen de plusieurs traits de scie, dirigés de son sommet vers sa base, et qui se croisent dans divers sens; ce premier temps de l'opération étant terminé, on applique à plat la scie sur la base de la tumeur, et l'on peut facilement détacher successivement chacune des parties en lesquelles on l'a divisée, en même temps qu'on donne à la coupe générale la direction de la surface d'où la production osseuse s'élève. On peut aussi se servir de la gouge et du maillet, et l'on est même obligé d'y recourir toutes les fois que l'os qui donne naissance à l'exostose est situé à une certaine profondeur, parce qu'alors la scie ne peut agir qu'avec difficulté. Mais ces instrumens ont l'inconvénient de produire des ébranlemens qui ne sont pas toujours sans danger, lors même que, comme cela est de règle, on présente le tranchant du ciseau obliquement aux parties qu'il doit diviser, et l'on doit leur préférer la scie toutes les fois qu'on peut s'en servir.

Quel que soit le procédé qu'on ait été obligé de mettre en usage, si la surface de la section faite à l'os paraît saine, il faut réappliquer immédiatement les lambeaux de peau qu'on a ménagés, et chercher à obtenir la réunion par *adhésion immédiate* (voyez *Lésions de continuité*). Si au contraire la surface de l'os présente un mauvais aspect, si elle donne naissance à des chairs fongueuses, ou si elle paraît altérée d'une manière quelconque, il ne faut pas balancer à détruire par le cautère actuel tout ce qui paraît malade. Mais comme l'application du feu produit nécessairement des eschares, soit dans les parties molles, soit dans les os, et que les points nécrosés mettent un temps très-long à se détacher, on doit alors panser la plaie comme une plaie qui doit suppurer (voyez *Lésions de continuité*), et le malade est mis au régime des opérés ou des blessés.

Le traitement interne uni aux antiphlogistiques locaux, lorsque la maladie dépend d'une modification générale quelconque de la constitution du sujet, les antiphlogistiques seuls lorsqu'elle est tout-à-fait simple et locale, suffisent dans beaucoup de cas pour arrêter les progrès de l'ostéite, et pour prévenir sa terminaison par suppuration. Mais il est très-rare que l'on soit appelé à temps pour prévenir un semblable résultat, parce que les malades attendent ordinairement, pour réclamer les secours de l'art, qu'ils y soient forcés par la gêne ou la douleur qui accompagnent le gonflement ou l'inflammation des parties molles voisines de l'os, et la formation des abcès.

Lorsque la carie existe déjà au moment où l'on est appelé près d'un malade, il faut sans retard s'occuper à reconnaître quelle en est la cause, afin de la combattre par un traitement intérieur, s'il y a lieu.

Ce n'est, en général, qu'après que la disposition dont la carie n'est qu'un effet, est détruite, qu'on doit s'occuper du traitement local, à moins qu'il n'y ait quelques symptômes de surexcitation, qu'il soit nécessaire de combattre par les antiphlogistiques.

Les indications locales se tirent de plusieurs sources : 1° des abcès; 2° de la carie elle-même.

Le surcroît d'activité qui se manifeste dans la marche de la maladie, la fétidité que contracte le pus, les douleurs, les accidens colliquatifs, qui se déclarent ordinairement peu de temps après l'ouverture des abcès par congestion, et qui dépendent ordinairement de l'action de l'air sur les parois du foyer, sembleraient devoir faire penser qu'il y aurait de l'avantage à retarder cette ouverture le plus possible. Cependant lorsqu'on considère que ces accidens sont proportionnés à l'étendue des parois du foyer et à celle de la carie, on est bientôt conduit à l'opinion contraire, c'est-à-dire, qu'il faut ouvrir les abcès qui sont produits par le pus provenant d'une carie le plus tôt possible. C'est au professeur Boyer qu'on doit ce précepte impor-

tant, et l'expérience en confirme tous les jours la bonté. Tant que la cause de la maladie n'est pas détruite, il faut se borner à évacuer le liquide renfermé dans le foyer, chaque fois que la fluctuation se fait sentir, en pratiquant à sa partie la plus déclive une simple ponction. Le liquide écoulé, on applique sur la petite plaie un emplâtre de diachylum gommé qui s'oppose à l'introduction de l'air, jusqu'à ce que la réunion de ses lèvres soit opérée. Cette pratique est la seule qui convienne à toutes les époques de la maladie, lorsque celle-ci a un siége très-profond qui la rend inaccessible aux instrumens, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, et que cette cause soit détruite ou non. Dans ce cas, on n'a d'autres ressources que le traitement interne, l'évacuation réitérée du pus, les obstacles qu'on apporte à l'introduction de l'air dans les foyers, et l'irritation dérivative de la peau ou du tissu cellulaire voisin par les rubéfians, les vésicans, les escharotiques ou les sétons. M. Larrey attend pour ouvrir les abcès par congestion qu'une phlyctène annonçant sa rupture prochaine et spontanée se soit formée sur le sommet de la tumeur. Il y plonge un carrelet rougi au feu. Après l'écoulement du pus, le contour de l'ouverture, irrité par l'action du fer rouge, se gonfle, l'introduction de l'air est empêchée, et la plaie se cicatrise. Cette pratique, employée comme méthode générale, est moins bonne que celle du professeur Boyer, parce que celle-ci ne permet pas au foyer de prendre une grande extension. La méthode de M. Larrey est au contraire préférable lorsqu'on a attendu trop long-temps, et que le foyer est prêt à s'ouvrir, parce qu'alors la peau est amincie, et que l'action du feu la dispose mieux à se cicatriser qu'une simple division par l'instrument tranchant.

Mais, lorsque la maladie est à la fois simple ou devenue tout-à-fait locale, parce que la cause en est détruite, et superficielle, il faut alors ouvrir largement les parois du foyer, afin d'appliquer sur la carie les remèdes locaux propres à la combattre. Les bains alcalins, les douches d'eau ferrugineuse, alcaline, savon-

neuse, hydro-sulfureuse; celles de vapeurs simples ou aromatiques; les huiles essentielles, la térébenthine; les teintures d'euphorbe, de myrrhe, d'aloès, tels sont les plus doux de ces moyens. Tous sont irritans et ne doivent être employés que lorsque toute apparence de surexcitation des parties est détruite; car ils pourraient réveiller l'inflammation locale, et produire sympathiquement des irritations intérieures plus ou moins funestes. Toutefois, lors même qu'ils sont employés dans les circonstances les plus favorables en apparence, il ne faut pas trop compter sur leur efficacité. Dans beaucoup de cas, leur effet salutaire se borne à arrêter les progrès du mal; dans quelques autres, ils restent tout-à-fait inefficaces.

Il faut recourir à des moyens plus douloureux, mais plus énergiques et plus sûrs; la cautérisation de l'os est celui qu'il faut alors mettre en usage. On a employé à cet effet les acides minéraux et les alcalis purs; on a cru aussi qu'en employant l'acide hydro-chlorique, on pourrait isoler, par une véritable opération chimique, le parenchyme de l'os, afin d'agir ensuite sur lui avec plus d'efficacité. Mais les premiers de ces moyens agissent lentement, et il est difficile de régler convenablement eur action; le dernier n'a pas confirmé l'espérance qu'on avait fondée sur ses propriétés chimiques, et le seul auquel on ait en général recours aujourd'hui est le cautère actuel. Pour l'appliquer, il faut commencer par mettre à découvert la surface cariée, en pratiquant aux parties molles une incision, cruciale, ou en V, ou en T, dont on relève les lambeaux. La surface de l'os est ruginée avec soin. Si le sang s'écoule avec trop d'abondance, on relève les lambeaux, on tamponne la plaie et on remet l'application du feu au lendemain, parce que ce liquide éteindrait le cautère, et ne permettrait de faire l'opération qu'incomplètement. Dans le cas contraire, on procède immédiatement à son application. Pour que cette opération soit bien faite, il faut que l'agent destructeur atteigne toute la surface malade, qu'il l'attaque dans toute son épaisseur, et

qu'il n'attaque qu'elle seule. Si donc la carie a formé une cavité profonde et dont l'entrée est trop étroite, on agrandira celle-ci avec la gouge et le maillet, et l'on détruira de même tous les obstacles locaux que différens accidens d'ossification morbide pourraient opposer à l'application du cautère. On garantira les parties que le feu ne doit pas offenser, en les couvrant avec des lames de carton mouillé, disposées de manière à ne laisser à découvert que la portion d'os malade. Si le trajet que doit parcourir l'instrument est très-étroit, et si en même temps la surface sur laquelle on doit l'appliquer est très-circonscrite, on peut se servir pour conduire le cautère, d'une canule d'acier supportée par un manche qui en part à angle droit; mais comme ce métal s'échauffe facilement, il faut avoir, autant que cela est possible, la précaution d'enfermer cette canule elle-même dans une lame de carton mouillé, qu'on courbe autour d'elle et qui lui forme une enveloppe beaucoup moins propre à transmettre le calorique aux parties voisines.

Ces dispositions étant prises, on porte le cautère chauffé à blanc sur la partie de l'os malade. Si la carie est très-superficielle, il suffit en général de l'application d'un seul cautère; mais lorsqu'elle est très-profonde, il faut éteindre successivement plusieurs cautères sur elle. On doit plutôt craindre de brûler trop peu, que trop. Cependant, lorsque l'os malade est mince, et qu'il fait partie des parois d'une cavité dans laquelle sont renfermés des organes qu'on a intérêt à ménager, comme cela a lieu au crâne, à la poitrine, au bassin, et auprès des grandes articulations, il faut se borner à des cautérisations légères et réitérées à peu d'intervalle; mais alors le traitement entraîne beaucoup de perte de temps, et l'on n'est pas à beaucoup près aussi sûr de maîtriser les progrès de la maladie.

La cautérisation transforme la carie en une nécrose (voyez *Gangrènes*), et elle imite en cela un des modes de guérison spontanée de la maladie. La partie d'os privée de vie doit se séparer du reste, et tomber par les seuls effets d'un travail

éliminatoire qui remplace celui de la carie. Cette séparation ne peut avoir lieu qu'au bout d'un temps assez long; il faut quelquefois plusieurs mois pour qu'elle s'accomplisse. Tant qu'elle n'est pas opérée, on doit retenir les lambeaux de parties molles relevés, et panser à sec ou avec des plumasseaux enduits d'onguent styrax la partie d'os sur laquelle on a appliqué le feu. Après la chute de la partie d'os nécrosée, si le fond de la plaie paraît recouvert de chairs fongueuses, on recommence l'opération; si au contraire il est formé par des bourgeons de bonne nature, on réapplique les lambeaux sur le fond, et on traite jusqu'à la fin la plaie comme une plaie qui suppure (voyez *Lésions de continuité*). Tel est le traitement de la carie dévevelopée dans une hypérostose ou dans une exostose à large base. Nous n'avons pas besoin de dire, que quand la suppuration se développe dans une exostose pédiculée, il est beaucoup plus simple d'appliquer le traitement de l'exostose, c'est-à-dire de l'extirper, que de chercher à traiter la carie.

Mais nous avons supposé que le chirurgien assistait en quelque sorte au début de la maladie, que celle-ci n'attaquait qu'un seul os, et il n'en est pas à beaucoup près toujours ainsi. Souvent les malades ne demendent les secours de l'art que quand déjà les abcès se sont ouverts depuis long-temps : on ne peut plus alors appliquer à ceux-ci le traitement qui a été indiqué. Cette ouverture a peu d'inconvéniens dans les cas où la carie attaque un os superficiel, et est peu étendue, parce qu'on peut encore attendre que la cause soit détruite avant d'attaquer la maladie locale; mais quand la carie est très-étendue, les effets fâcheux de l'introduction de l'air dans les foyers ne tardent pas à se manifester, la marche de la maladie devient plus rapide, et l'on est forcé, lors même qu'elle dépend d'une disposition générale, d'appliquer le traitement local avant que cette disposition ait pu être combattue par les moyens appropriés. Alors il réussit moins bien. Quelquefois aussi l'os affecté l'est si profondément, qu'il n'y a aucune possibilité de

limiter le mal ; d'autres fois plusieurs os contigus sont malades en même temps ; dans presque tous ces cas, il n'y a de ressource que dans la résection de l'os, ou dans l'amputation de la partie, lorsqu'elle est possible. Enfin, cette dernière ressource est elle-même interdite, lorsque la maladie a son siége au tronc, ou lorsqu'elle affecte en même temps plusieurs parties du corps, comme les deux tarses, les deux carpes, ou plusieurs articulations. Les remèdes intérieurs et les révulsifs appliqués sur la peau, l'évacuation prompte des abcès, et l'emploi de tous les moyens de précaution indiqués pour s'opposer à l'introduction de l'air dans le foyer, constituent le seul traitement qu'on puisse alors mettre en usage.

Lorsque l'inflammation, au lieu de se terminer par résolution, par induration, ou par suppuration, s'est terminée par la nécrose de l'os affecté, il se fait alors un travail qui a le double but de remplacer l'os mort, et de l'éliminer du milieu des parties vivantes. Nous exposerons, en parlant de la nécrose, le mécanisme de ce travail, ainsi que les bases du traitement qu'il faut alors employer.

La marche de l'inflammation des os, les phénomènes qui l'accompagnent, et le traitement qu'elle réclame, sont modifiés, dans quelques cas que nous allons faire connaître, par la situation, la forme et les usages des os affectés. Telles sont les inflammations des os du crâne, celle des os du thorax, celle des os du bassin, et celle des pièces qui composent la colonne vertébrale.

De l'ostéite crânienne.

Cette maladie peut affecter simultanément toute l'épaisseur des os du crâne ; mais le plus souvent elle commence par l'une des tables, et ordinairement par la table externe.

Causes. Elle peut se développer sous l'influence de toutes les causes que nous avons précédemment citées ; mais la plus fréquente de toutes est incontestablement la syphilis.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et *pronostic*. Dans certains cas, il se forme sur un point quelconque de la surface du crâne une tumeur dure, solide, qui fait corps avec l'os, dont la base est ordinairement fort large, et la saillie peu considérable. Si cette tumeur se développe sur la surface externe de la cavité osseuse, elle ne produit pendant long-temps aucune incommodité, à moins cependant qu'elle ne soit située dans un point soumis habituellement à quelque compression; quelquefois aussi elle est accompagnée de douleurs ostéocopes; mais lorsque la tumeur se développe du côté du cerveau, il se manifeste divers accidens qui dépendent de la compression ou de l'irritation des viscères encéphaliques, accidens dont la cause reste ordinairement ignorée, jusqu'à ce que les progrès ultérieurs de la maladie la rendent manifeste à l'extérieur, c'est-à-dire pendant long-temps; telles sont l'épilepsie, des paralysies, certaines affections comateuses, et la perte de la vue ou de quelque autre sens. Dans beaucoup de cas aussi, l'inflammation des os du crâne est provoquée par celle des membranes qui revêtent les os, rarement par celle de la dure-mère, beaucoup plus souvent par celle du périoste. Dans ces cas, la périostite la précède constamment, elle n'est accompagnée d'aucun gonflement de l'os, et n'attaque que sa table externe: c'est surtout au front qu'on l'observe; mais elle peut attaquer toute la superficie du crâne. Enfin, on voit dans quelques cas un érysipèle phlegmoneux, suite d'une blessure, ou survenu spontanément, occasioner la dénudation des os du crâne et leur inflammation; celle-ci présente alors les mêmes caractères que dans le cas précédent, c'est-à-dire qu'elle n'est pas accompagnée de gonflement apparent de l'os, et qu'elle n'attaque ordinairement que sa table externe.

L'inflammation des os du crâne peut se terminer par résolution, par l'effet d'un traitement sagement administré, mais souvent elle se termine par induration; dans ces cas, ainsi que dans quelques-uns où il y a résolution, le gonflement ou l'*exos-*

tose persiste ; et lorsque celle-ci fait saillie du côté du cerveau, le malade reste sujet à tous les accidens nerveux dont nous avons parlé, à moins que ce viscère ou ses enveloppes, irrités, ne s'enflamment (voyez *arachnoïdite*, *encéphalite*) ; mais souvent aussi la maladie se termine par la carie. Cela s'observe surtout dans les cas où il y a hypérostose plutôt qu'exostose, et dans ceux où l'inflammation est consécutive à celle du péricrâne. Si la maladie a son siége du côté externe, les parties molles s'engorgent sur le lieu affecté, et il se forme bientôt un abcès, après l'ouverture duquel l'introduction d'un stylet fait facilement reconnaître l'altération éprouvée par les os, en supposant qu'elle ait été méconnue jusque là. Chez certains sujets, la carie s'étend en superficie sans gagner en profondeur, et si l'on n'en arrête les progrès, ces malades finissent par périr dans les accidens colliquatifs entraînés par l'abondance de la suppuration.

Lorsque la maladie a son siége dans l'apophyse mastoïde, elle fait des progrès plus rapides que dans aucun autre point des parois du crâne, en raison de la structure spongieuse de cette apophyse ; et lorsqu'elle se termine par suppuration, il arrive assez souvent que le pus, avant même de s'être ouvert au dehors une issue plus directe, fuse de proche en proche par les cellules mastoïdiennes, jusque dans la caisse du tympan, et s'écoule au dehors par le conduit auditif externe, après avoir décollé ou perforé la membrane du tympan. La chute des osselets et la perte de l'ouïe, sont fort souvent le résultat de cette extension du mal de l'extérieur à l'intérieur ; dans quelques cas même, le rocher s'affecte et les malades périssent des suites de la propagation de l'inflammation aux membranes du cerveau, et de l'épanchement purulent qui se forme autour de cette apophyse, lorsque toute son épaisseur est compromise. Quand la maladie a commencé par la table interne de l'os, ce n'est assez souvent qu'au moment où elle passe à l'état de suppuration que les symptômes dépendans de la compression du

cerveau, de son irritation, ou de celle de ses enveloppes, se manifestent; quelquefois même les malades périssent au moment de l'invasion de ces symptômes, ou peu de temps après, et l'on trouve à l'ouverture du cadavre une quantité plus ou moins considérable de pus épanché entre la dure-mère et le crâne. Mais, dans d'autres cas, il se forme à l'extérieur, à l'endroit où depuis long-temps il existe une douleur fixe, une tumeur molle et fluctuante dès son début, peu douloureuse, qui disparaît quelquefois par la compression, et qui, finissant pas s'abcéder au bout d'un temps presque toujours assez long, fournit une quantité de pus considérable, eu égard à son volume, dont la sortie n'est pas accélérée par la pression exercée sur les parties molles voisines. L'ouverture de cet abcès permet de reconnaître qu'il s'est fait aux parois du crâne une perforation, dont la circonférence, inégale, a des bords taillés en biseau aux dépens de la table interne, laquelle a subi une altération plus profonde que l'externe. Dans quelques cas, la tendance du pus à se faire jour au dehors est tellement forte, qu'on voit des abcès provenant d'inflammations accompagnées de carie, qui ont commencé évidemment par la surface crânienne du rocher, se faire jour, soit par le conduit auditif externe, soit à travers la région mastoïdienne, soit simultanément par ces deux voies. Mais dans tous ces cas, quoique l'assoupissement, les convulsions et les autres symptômes de compression ou d'irritation du cerveau ou de ses enveloppes cessent en grande partie ou en totalité, dès le moment que le pus trouve une libre issue au dehors, le malade finit presque toujours par périr, soit par la durée ou les progrès de la maladie, soit par la propagation de l'inflammation aux méninges ou au cerveau lui-même.

Enfin, lorsque l'inflammation se termine par la nécrose de l'os, une portion plus ou moins considérable de celui-ci se dénude, se détache, et tombe par un mécanisme qui, comme nous l'avons déjà dit, sera décrit plus tard. Nous dirons seu-

lement ici que c'est très-souvent à la suite des inflammations syphilitiques que cette terminaison se fait remarquer, qu'elle affecte plus spécialement le coronal, et qu'on voit souvent des individus qui perdent la presque totalité de la partie frontale de cet os sans en éprouver d'accidens graves; d'où l'on peut conclure que la terminaison par nécrose est moins grave que la terminaison de l'ostéite par la carie de l'os affecté.

Traitement. Le traitement de l'inflammation des os du crâne est fondé sur les mêmes bases que celui de l'inflammation de tous les autres os, et nous ne répèterons pas ce que nous avons dit à ce sujet : nous ne ferons qu'indiquer quelques modifications que leur peu d'épaisseur et le danger d'offenser les organes importans qu'ils protègent, apportent au traitement local, lorsqu'ils sont affectés d'exostose ou de carie.

Tant que les exostoses développées à la surface extérieure du crâne n'incommodent pas par leur présence, il faut en général les respecter, à moins toutefois qu'elles ne soient supportées par un pédicule tellement étroit, que leur ablation puisse être exécutée par une opération très-simple, parce que le voisinage du cerveau doit rendre circonspect dans toutes les opérations qui doivent intéresser la boîte osseuse qui le contient. Si au contraire la tumeur est devenue fort incommode, on peut, après avoir dûment averti le malade ou les personnes qui y prennent intérêt, l'enlever, en mettant en usage le procédé que nous avons décrit en parlant de l'ostéite en général.

Mais, lorsqu'une exostose saillante à l'extérieur, et par conséquent facile à reconnaître, est accompagnée de mouvemens convulsifs généraux, d'attaques d'épilepsie, de la paralysie de la moitié du corps opposée à la partie du crâne où elle a son siége, ou de la perte de quelques sens, etc., on doit à tout prix chercher à en débarrasser le malade, surtout lorsque les accidens qui indiquent qu'elle se porte du côté du cerveau sont récens. Le procédé à mettre alors en usage consiste à découvrir,

comme il a été dit, la tumeur, et à cerner sa base par l'application d'un nombre suffisant de couronnes de trépan qui empiètent les unes sur les autres, de telle sorte que, lorsqu'on a ainsi formé un cercle complet, la pièce osseuse qui supporte l'exostose se trouve entièrement détachée. Il s'en faut cependant de beaucoup que cette opération, qui paraît fort rationnelle, ait dans tous les cas d'heureux résultats. Cela tient, dans quelques cas, à la fatigue et à l'irritation qu'entraînent la longueur et les difficultés de son exécution ; dans d'autres, il arrive qu'une exostose aiguë s'enfonce dans la substance du cerveau, pendant les mouvemens qu'on imprime à la pièce osseuse qui la supporte, et fait à ce viscère une blessure mortelle ; quelquefois, enfin, cela paraît tenir à la soustraction brusque d'une compression à laquelle le cerveau était depuis quelque temps habitué, soustraction dont l'effet immédiat est un *collapsus* général, dont on ne peut pas relever le malade : mais comme les suites de la maladie sont nécessairement mortelles, et que l'opération laisse quelques chances de guérison, on ne doit pas balancer à prendre le parti le plus avantageux. Il faut conserver avec soin les saillies anguleuses qui s'avancent dans les intervalles des couronnes de trépan, parce qu'elles forment, comme on l'a dit, des espèces de jetées, d'où la cicatrice qui doit combler la perte de substance éprouvée par l'os procède ensuite avec plus de facilité. Après l'opération, le malade est mis au régime auquel on soumet tous ceux qui ont subi l'opération du trépan. (Voyez *Lésions de continuité.*)

Lorsque la carie n'attaque que la table externe de l'os, on peut employer pour en arrêter les progrès quelques-unes des substances plus ou moins irritantes dont nous avons parlé ; mais pour peu qu'elle s'étende en profondeur, la prudence défend de se servir des caustiques liquides, parce qu'ils pourraient filtrer en quelque sorte à travers la substance de l'os devenue spongieuse par l'effet de la maladie, et porter leur action jusque sur les méninges ou sur le cerveau lui-même ;

et elle proscrit sans exception le cautère actuel, parce que les os étant assez bons conducteurs du calorique, le feu peut, plus facilement encore que les caustiques liquides, exciter une inflammation funeste dans les organes encéphaliques. Le seul point des os du crâne où l'on puisse employer ces moyens avec avantage, est l'apophyse mastoïde ; on peut sans crainte, lorsque la maladie a débuté par cette apophyse, découvrir le lieu affecté et y porter, soit les caustiques, soit le cautère actuel, afin d'en arrêter les progrès. Lorsque la carie, procédant de l'extérieur à l'intérieur, ou de l'intérieur à l'extérieur, a envahi toute l'épaisseur des os du crâne, alors les moyens ordinaires ne conviennent plus. Il faut, si le traitement intérieur destiné à combattre la cause de la maladie ne suffit pas pour en arrêter les progrès, renouveler la circonférence de l'ouverture qui s'est faite à l'os, avec un couteau lenticulaire, qu'on fait agir jusqu'à ce que l'on soit arrivé à l'os sain; ou si ce procédé ne peut être mis à exécution, cerner toute la portion d'os malade, comme il vient d'être dit qu'on devait le faire dans les cas d'exostose saillante à l'intérieur, à l'aide de couronnes de trépan multipliées, et traiter ensuite le malade de la même manière.

Devant parler plus tard de la nécrose, nous nous bornerons à dire ici que, dans les cas où l'ostéite a suivi cette terminaison, il faut attendre que la portion d'os morte soit entièrement détachée des parties vivantes pour l'extraire, après quoi on panse la plaie comme une plaie simple.

De l'ostéite vertébrale.

Cette maladie (*mal vertébral, mal de Pott, gibbosité*), lorsqu'elle est spontanée, attaque presque toujours le corps des vertèbres. On la voit cependant commencer quelquefois par les apophyses transverses de ces os; en général, elle n'affecte les lames que lorsqu'elle dépend d'une cause externe. Le plus

souvent elle est bornée à une ou deux vertèbres, rarement elle est étendue à un plus grand nombre. Elle se présente sous deux formes principales et très-différentes dans leurs effets: tantôt elle commence par la surface de l'os, tantôt au contraire elle débute par le centre même de son corps.

Causes. L'ostéite vertébrale se développe plus fréquemment chez les sujets fréquemment affectés d'arthrite rhumatismale ou atteints de scrofules, que chez les autres; mais une des causes les plus fréquentes, même chez ces sujets, est l'habitude de la masturbation. Il est difficile de dire comment cette cause agit; mais il est incontestable que la plupart des sujets qui sont affectés d'ostéite vertébrale se sont livrés à cette funeste habitude.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Lorsque la maladie n'attaque que la surface de l'os, elle ne se manifeste au début que par une douleur, d'abord assez étendue, qui se fixe sur un point quelconque de la longueur du rachis (*rachialgie*), et il est impossible de la distinguer de la douleur dépendante d'une inflammation des faisceaux fibreux qui enveloppent la colonne vertébrale, et dont souvent elle n'est elle-même qu'une conséquence. Si elle se termine par résolution ou par induration, la douleur cesse, et l'on reste dans le doute si l'on a eu affaire à une inflammation fibreuse ou à une ostéite. Lorsque la maladie se termine par la carie de l'os affecté, la douleur se concentre de plus en plus, elle devient plus vive, et, quelquefois après que les symptômes généraux d'une suppuration intérieure se sont manifestés, souvent sans qu'aucune altération apparente dans la santé générale du sujet ait précédé, on voit apparaître, ordinairement au bout d'un temps assez long, soit aux lombes, soit sur les côtes du thorax, soit aux aines, un dépôt par congestion, qui ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, ni sur le mode de terminaison qu'elle a suivi. Le plus souvent, après l'ouverture des abcès, le malade périt dans l'épuisement et le marasme; mais quelquefois on le

voit guérir, et il conserve alors la rectitude, et, en grande partie au moins, la liberté des mouvemens du tronc.

Lorque la maladie commence par le centre du corps d'une vertèbre, comme cela arrive plus spécialement chez les sujets jeunes et scrofuleux, la douleur manque souvent au début; mais on peut, malgré cela, la distinguer de suite de toutes les autres affections du rachis. Le premier effet de l'ostéite est de ramollir l'os qu'elle affecte; le corps de la vertèbre, incapable dès lors de supporter le poids du tronc, s'affaisse sur lui-même; la vertèbre supérieure, privée d'appui en devant, mais soutenue en arrière par les apophyses articulaires, et par les lames de la vertèbre malade, lesquelles ne se ramollissent pas, exécute un mouvement de bascule, en vertu duquel son apophyse épineuse se redresse et fait une saillie remarquable sur la peau qui la recouvre. (*Gibbosité.*) La colonne vertébrale décrit un angle obtus, rentrant en devant, saillant en arrière, et dont le sommet correspond à celui de l'apophyse épineuse redressée. De là un changement tout particulier dans le maintien général du malade, d'autant plus remarquable que la maladie est plus avancée (1). Il paraît se rapetisser; ses membres deviennent proportionnellement trop longs pour sa taille; si le mal a son siége dans les régions lombaire ou dorsale, le haut du corps est incliné, les épaules se portent en arrière pour faire équilibre, la tête est renversée sur la nuque, afin que la face puisse être dirigée en avant; les bras sont pendans de chaque côté du corps, ou les mains sont appuyées sur les cuisses, lesquelles restent rapprochées et à demi-fléchies. C'est dans l'articulation des genoux que se passent les plus grands mouvemens pendant la progression, que les jambes exécutent presque seules; les cuisses y participent peu, et les bras ainsi que le tronc restent pour ainsi dire passifs. Le malade évite tous les mouvemens qui fléchissent le tronc en avant. Veut-il ramasser quelque chose,

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tom. III.

il s'avance jusqu'à l'objet, s'abaisse verticalement sur lui-même par la flexion des cuisses et des jambes, et le saisit d'une main, soit à côté de lui, soit entre ses pieds, et jamais en avant, tandis que l'autre main reste appuyée sur le genou correspondant. C'est à peu près par un mouvement analogue qu'il s'assied. La position du tronc, de la tête et des épaules, est à peu près la même, pendant que le malade est couché, que pendant qu'il est debout; mais le décubitus ne peut se faire que sur le côté. Si la maladie occupe la région cervicale, le tronc reste droit; mais la tête, privée de soutien, s'incline de côté et d'autre, et le malade la repose sur des supports étrangers.

Le plus souvent, pour peu que la gibbosité soit considérable, le changement de direction, opéré brusquement dans l'échine, exerce une influence fâcheuse sur la moelle épinière et sur les nerfs qui en partent; le malade éprouve dans les cuisses et dans les jambes, des pincemens, des tiraillemens plus ou moins douloureux, des secousses convulsives, de l'engourdissement; il s'en sert avec difficulté et maladresse; quelquefois même il se déclare, soit subitement, soit progressivement, une paraplégie complète avec ou sans paralysie de la vessie et du rectum, et souvent accompagnée de rigidité dans les membres affectés. Ces effets ne sont pourtant pas constans; les auteurs citent un assez grand nombre de cas dans lesquels la substance de la moelle se trouvait tout-à-fait interrompue, sans qu'il en soit résulté aucune difficulté dans les mouvemens des membres inférieurs (1). La maladie peut, sous cette seconde forme, comme sous la première, se terminer par résolution ou par induration; alors les douleurs locales disparaissent; les accidens dépendans de la compression de la moelle diminuent, ou cessent même quelquefois tout-à-fait; mais les malades conservent leur attitude vicieuse, leur démarche embarrassée, et leur gibbosité. Mais

(1) Voyez *Archives générales de Médecine*, cah. de janvier et de mars 1825, *Mémoires* de M. Velpeau, où les plus intéressantes de ces observations se trouvent rassemblées.

dans le plus grand nombre des cas, la carie est la suite de cette forme d'ostéité vertébrale. C'est souvent alors que la douleur locale s'éveille pour la première fois ; quand elle existe déjà, elle augmente d'intensité ; la courbure de l'épine et la gibbosité s'accroissent d'une manière remarquable, souvent aussi la peau devient sèche et chaude ; le pouls s'accélère, surtout le soir après le repas ; le malade s'affaiblit. Au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois après quelques semaines, plus souvent après quelques mois, le pus vient former, comme dans la première variété, des abcès par congestion, aux lombes, sur les côtés du thorax, ou au-dessous des arcades crurales, et quelquefois, mais rarement, dans l'épaisseur de la fesse, selon la hauteur à laquelle la maladie a son siége, et selon que le liquide a suivi la direction des vaisseaux et des nerfs dorsaux, celle des vaisseaux intercostaux, celle des vaisseaux iliaques, ou des vaisseaux hypogastriques. On voit donc se former dans un des lieux indiqués, ou dans plusieurs à la fois, une tumeur incolore, molle et fluctuante dans toute son étendue dès le moment de son apparition, sans changement de couleur à la peau, et qui présente en un mot tous les caractères que nous avons assignés aux abcès par congestion. Lorsque la collection purulente s'est faite au-dessous de l'arcade crurale, elle disparaît en partie par la pression, à cause de la large communication qui est établie entre la partie extérieure du foyer et sa partie interne ; mais les autres caractères de la tumeur sont si tranchés qu'il est impossible, pour peu qu'on y apporte la moindre attention, de ne pas la distinguer d'une hernie crurale, avec laquelle sa réductibilité semblerait pouvoir la faire confondre.

Pendant la formation de ces abcès, on voit assez souvent augmenter les symptômes de compression de la moelle épinière. Ces symptômes diminuent alors ou disparaissent complètement, lorsqu'une ouverture spontanée ou artificielle a procuré au pus une issue facile. Il est rare que le malade guérisse lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, parce que l'ouverture, toujours béante,

permet à l'air de pénétrer dans le foyer, d'altérer les surfaces malades et le produit de la suppuration, et aussi parce qu'en général ces ouvertures spontanées ne se produisent qu'après que la maladie a déjà fait de grands progrès, et que les foyers ont pris une extension considérable; cependant cet événement heureux n'est pas impossible. Mais, dans le plus grand nombre des cas, surtout lorsque le sujet est scrofuleux, les douleurs deviennent plus vives, le pus, qui ne présente d'abord que les caractères de celui de la carie simple, acquiert une odeur fétide; lorsqu'il y a paralysie de la vessie et du rectum, l'urine, après avoir distendu outre mesure la vessie, sort involontairement et d'une manière continue par l'effet d'un véritable regorgement, et, à une constipation opiniâtre, succèdent des déjections involontaires. Les tégumens qui correspondent aux parties saillantes des os sur lesquelles repose le poids du corps s'ulcèrent ou se gangrènent; l'irritation sympathique des appareils nerveux, circulatoires et digestifs s'éveille ou s'exaspère, et le malade périt dans les accidens de la consomption et du marasme.

Caractères anatomiques. Lorsque la maladie est encore à l'état d'inflammation simple, et qu'elle n'affecte que la superficie de l'os, on trouve ordinairement celui-ci légèrement rouge et gonflé dans le point affecté, ainsi que les tissus fibreux qui le recouvrent, et qui présentent tous les caractères anatomiques de la périostite; quand, au contraire, elle a débuté par le centre de l'os, on voit qu'un ou plusieurs corps de vertèbres sont affaissés sur eux-mêmes, rouges, gonflés, ramollis, et forment une espèce de bourrelet circulaire qui dépasse de toutes parts le niveau des vertèbres voisines, et qui, débordant dans le canal vertébral, comprime la moelle épinière. On vérifie également le changement de direction de la partie du rachis supérieure à la maladie, le redressement de l'apophyse épineuse, la courbure à angle du prolongement rachidien du cerveau, et son aplatissement. Si l'inflammation s'est terminée par résolution ou par induration, les organes qui viennent

d'être nommés sont à peu près dans les mêmes rapports, et présentent les mêmes déformations; mais les tissus dégonflés, privés du sang surabondant appelé par l'irritation inflammatoire, ont repris leur couleur naturelle. Enfin, quand il existe une carie, l'os est ou simplement érodé à sa surface, ou bien le corps d'une ou plusieurs vertèbres se trouve détruit, les ligamens vertébraux communs sont ramollis, les cartilages intervertébraux, en partie détruits, forment des restes de cloisons qui séparent et indiquent les intervalles où existaient des portions d'os qui ont disparu, intervalles dont l'étendue est toutefois singulièrement diminuée par l'abaissement de toute la partie de la colonne vertébrale qui est supérieure à la maladie; presque toujours alors la moelle épinière participe à l'inflammation, et elle est rouge, gonflée, ramollie, ou même détruite dans une plus ou moins grande partie de son étendue. Autour de la carie existe un vaste foyer purulent, dans lequel on rencontre parfois des productions osseuses, irrégulières, stalactiformes, libres ou adhérentes aux parois du foyer, mais dont quelques-unes, s'étendant en forme de jetée, de la portion supérieure de la colonne vertébrale à la portion inférieure, semblent indiquer les rudimens d'un travail de reproduction par lequel la perte de substance éprouvée par les os aurait pu un jour être réparée. Lorsqu'il existe des abcès par congestion, ils communiquent avec le foyer principal, à l'aide d'un trajet qui suit ordinairement la gaîne cellulaire des vaisseaux ou des nerfs principaux de la partie. Ce trajet et les foyers sont tapissés par une membrane de structure analogue à celle des membranes muqueuses, et qu'on trouve même parfois rouge, épaisse, enflammée, et recouverte de fausses membranes, surtout lorsque l'abcès par congestion étant ouvert, l'air a porté son action irritante sur toute l'étendue du foyer. Lorsque la carie a été guérie, on trouve la perte de substance entourée par des ossifications irrégulières, qui remplacent la portion d'os détruite, et les foyers sont cicatrisés.

Traitement. Deux circonstances maîtrisent tout le traitement de l'ostéite vertébrale : la structure spongieuse du corps des vertèbres, qui est très-favorable au développement rapide de la maladie, et la profondeur à laquelle ces os sont situés, qui, d'une part, dérobe souvent aux yeux les plus clairvoyans le début de la maladie, et ne permet de la reconnaître que lorsque déjà elle a fait de dangereux progrès, et, d'autre part, les rend tout-à-fait inaccessibles à tout traitement local immédiat.

Il résulte de là qu'aussitôt qu'on s'aperçoit de l'existence du mal, il faut supposer qu'il est déjà avancé, et l'attaquer avec une énergie d'autant plus grande, qu'on est privé du moyen que l'expérience a proclamé être le plus efficace si l'inflammation venait à passer à la carie, ce a quoi elle a une très-grande tendance.

Dès qu'un adulte se plaint d'éprouver depuis quelque temps dans la région du rachis une douleur qui, d'abord assez étendue, s'est concentrée sur un point; dès qu'un jeune enfant, arrivé à l'âge où il doit marcher, paraît avoir les extrémités faibles, ou surtout dès qu'après avoir marché il ne peut plus le faire, sans que cette faiblesse dépende d'aucune maladie apparente, il faut, dans tous ces cas, examiner avec attention la colonne épinière, pour voir si elle ne présente pas de gibbosité. On rencontre presque toujours alors ce signe; mais ne le rencontrât-on pas, l'existence de la douleur chez un sujet qui paraît prédisposé autoriserait suffisamment à attaquer la maladie avec énergie.

En même temps qu'on cherchera à combattre par un traitement approprié la disposition générale dont la maladie est un effet ou un symptôme, le malade gardera le repos sur un plan horizontal autant que possible ; quelques applications de sangsues seront faites sur le point douloureux, et, sans perdre de temps, on exercera sur la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, le plus près possible du mal, une irritation révulsive puissante. Cameron paraît être le premier qui ait mis en usage

ce dernier moyen; c'est lui qui a fait connaître à Pott les avantages qu'il en avait obtenus; et c'est d'après lui que Pott, auquel on en attribue généralement l'idée, l'a essayé et mis en honneur. La meilleure manière de remplir cette indication consiste à appliquer d'abord, de chaque côté de la gibbosité ou de l'apophyse épineuse à laquelle correspond la douleur, un fort moxa que l'on convertit, après la chute de l'eschare, en un large cautère, dans lequel on place, pour les adultes, trois ou quatre pois. Ces cautères doivent être entretenus, non seulement pendant tout le temps que dure le traitement, mais encore longtemps après que tous les symptômes dépendant de l'engorgement des parties ont disparu. Aussitôt que les eschares de ces premiers moxas sont détachées, on en applique successivement plusieurs autres le long de la colonne épinière; mais ceux-ci, moins forts, ne doivent faire que des brûlures plus légères, et qui sont pansées de manière à les faire cicatriser aussitôt que l'eschare est détachée.

Ces moyens sont presque les seuls qu'on puisse employer lorsque l'inflammation s'est terminée par suppuration. Quant aux abcès par congestion, c'est surtout lorsqu'il s'agit de l'ostéite vertébrale qu'il faut surveiller leur apparition, parce que c'est surtout alors qu'il est important de suivre la pratique indiquée par le professeur Boyer, et qui consiste, comme il a été dit, à les ouvrir, aussitôt qu'ils paraissent, par une ponction oblique à l'épaisseur de la peau, et à refermer l'ouverture jusqu'à ce que la collection s'étant reformée, nécessie une nouvelle évacuation faite de la même manière. Ces ponctions, qu'on réitère suivant le besoin, étant faites à travers des tégumens sains et susceptibles de subvenir à une réunion par première intention, on évite à peu près sûrement l'introduction de l'air dans l'intérieur du foyer, d'autant mieux que l'étroitesse de l'ouverture ménage l'écoulement du pus, et permet aux parties molles de revenir sur elles-mêmes au fur et à mesure que le liquide s'écoule. L'expérience a plusieurs fois confirmé l'excellence

de cette méthode, ainsi que de celle de M. Larrey, qui consiste à ouvrir la tumeur à l'aide du trois-quarts rougi au feu, mais qui doit être, comme nous l'avons dit, réservée pour les cas où les tégumens altérés et amincis ne paraissent pas propres à devenir le siége d'un travail de réunion par adhésion immédiate.

Lorsque les abcès se sont ouverts spontanément, et qu'au moment où l'on est appelé près du malade l'air a déjà pénétré dans l'intérieur du foyer, il reste en général peu d'espoir de guérison; cependant les exutoires, le traitement interne, et, autant que le permet l'état des voies digestives, un régime propre à soutenir le malade sans l'exciter, doivent encore être essayés, quelque faibles que paraissent les chances de succès, parce que, lors même que ces moyens ne reussissent pas complètement, ils ont toujours pour effet de ralentir la marche de la maladie, et de retarder le terme fatal.

Que penser des moyens mécaniques que l'on a proposés pour remédier à la courbure du rachis? Sans doute on peut reconnaître quelque analogie entre le ramollissement produit par l'état inflammatoire et celui qui est l'effet du rachitisme (voyez *Rachitis*), et s'appuyer sur un pareil rapprochement pour appliquer au premier le traitement qui convient au second. Cependant si l'on compare la courbure brusque, anguleuse, dirigée d'avant en arrière, la tendance très-prononcée à la carie, les douleurs locales et les tiraillemens ou l'engourdissement qui surviennent dans les membres inférieurs, dans l'ostéite vertébrale, avec les courbures larges et latérales, la tendance à l'induration, et l'indolence ordinaire du rachitisme, on trouvera quelques raisons de penser que ces deux maladies présentent des indications différentes, et que les tiraillemens, qu'on peut exercer impunément sur la substance ramollie de l'os affecté de rachitisme, pourraient avoir pour effet de hâter la terminaison par suppuration, dans l'os affecté d'ostéite proprement dite. On doit à plus forte raison s'abstenir de toute

extension mécanique dans les cas où il existe une carie reconnue, et par conséquent une perte de substance, parce que, outre l'inconvénient très-grave d'augmenter l'irritation, on rencontrerait celui de rompre ces espèces de jetées osseuses dont nous avons parlé, et qui sont destinées à suppléer à la perte de substance éprouvée par la vertèbre. Il faut donc, dans tous les cas, abandonner la courbure de l'épine à elle-même. Cette conduite est celle que tiennent la plupart des hommes de l'art, parce qu'ils pensent qu'il vaut mieux exposer le malade à une difformité certaine, qu'augmenter les chances funestes d'une maladie qui est très-souvent mortelle.

De l'ostéite sternale.

Le sternum est un des os qui s'enflamment le plus fréquemment; sa position superficielle et sa structure éminemment spongieuse rendent suffisamment compte de la facilité avec laquelle il devient le siége de l'irritation inflammatoire. Cette maladie peut attaquer isolément l'une ou l'autre des faces de l'os, toute son épaisseur, ou toute son étendue; quelquefois elle s'étend jusqu'aux cartilages des côtes.

Causes. Le plus souvent elle se développe spontanément chez des sujets scrofuleux ou atteints de syphilis; quelquefois elle est la suite des pressions directes; dans quelques cas, elle provient d'une inflammation du périoste, des plèvres ou du tissu cellulaire du médiastin antérieur, qui s'est étendue au sternum.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Lorsque l'inflammation attaque la face antérieure de l'os, ou qu'ayant commencé par le centre de son épaisseur, le gonflement se prononce vers ce côté, la maladie est des plus faciles à reconnaître, soit qu'elle existe encore à l'état inflammatoire simple, soit qu'elle ait laissé une exostose ou une hypérostose après s'être terminée par résolution, soit enfin que la suppura-

tion en ait été le mode de terminaison. Les abcès se font sur le lieu même affecté. Il est également facile de reconnaître la maladie dès son début, lorsqu'elle affecte le bord de l'os et qu'elle envahit les cartilages des côtes, au gonflement des parties, ou aux abcès qui se forment; mais quand la maladie attaque d'abord la face postérieure de l'os ou se dirige de ce côté, une douleur sourde est le seul symptôme qui se manifeste, et il est par conséquent impossible d'établir un diagnostic assuré. Lorsque la maladie se termine par suppuration, la circonstance d'une douleur ancienne, fixe, à laquelle se joignent de la toux, de l'oppression, surtout lorsque le malade est couché, peut bien faire soupçonner la vérité; néanmoins, ces symptômes sont encore si vagues, qu'ils ne peuvent autoriser que des soupçons. Mais au bout d'un temps plus on moins long, le pus fuse derrière le sternum, et vient former sur les côtés de l'apophyse xiphoïde, ou dans l'intervalle de deux cartilages costaux, une collection qui présente tous les caractères d'un abcès par congestion; ou bien l'os se perfore, et le liquide vient soulever la peau qui recouvre sa face antérieure; dans tous ces cas, il est dès-lors impossible de se méprendre sur le caractère de la maladie. L'inflammation de la substance du sternum est accompagnée d'un gonflement assez rapide. Chez les sujets adultes et robustes, surtout si la maladie est due à l'infection syphilitique, ce gonflement disparaît assez souvent entièrement par l'effet d'un traitement antisyphilitique bien dirigé; dans quelques cas rares cependant, il reste pour toujours une exostose indolore après que la cause est détruite; quelquefois aussi, surtout lorsqu'on a attendu trop long-temps pour administrer le traitement convenable, l'inflammation se termine par la carie; mais cette terminaison est bien plus rapide et bien plus difficile à prévenir chez les sujets jeunes et scrofuleux.

L'inflammation simple du sternum, ou celle qui est devenue simple par l'effet d'un traitement propre à en détruire la cause, peut, lors même que déjà elle a passé à la carie, se guérir spon-

tanément. Dans le plus grand nombre des cas cependant, elle continue à faire des progrès, ou reste stationnaire, tant qu'on n'emploie pas une opération chirurgicale. Tant qu'elle est bornée à l'os, elle ne constitue pas en général une maladie dangereuse, et elle ne le devient que lorsqu'elle est compliquée, comme cause ou comme effet, d'une altération profonde ou chronique du tissu des plèvres, du péricarde ou du poumon; elle tire alors toute sa gravité du mode d'altération qu'ont subi ces organes. Toutefois, lorsque la maladie a suivi une marche très-lente, le désordre peut être porté très-loin sans compromettre la vie. Harvey a vu le cœur mis à nu par la destruction du sternum et du péricarde, sans que le malade ait paru en éprouver beaucoup d'incommodité.

Caractères anatomiques. Tant que l'affection est encore à l'état d'inflammation, ou lorsque, ayant passé à la carie, elle est superficielle et n'affecte que la face antérieure ou l'un des bords de l'os, les caractères anatomiques ne diffèrent pas de ceux que nous avons fait connaître en parlant de l'ostéite en général; mais lorsque la carie est profonde, les membranes séreuses qui sont placées derrière l'os, présentent des altérations qu'il est utile de connaître. Détachées du sternum, elles sont épaissies, dures, quelquefois cartilagineuses dans toute l'étendue qui correspond au foyer qu'elles concourent à former. Cette disposition est très-importante, car elle permet de retrancher toute la partie de l'os qui est malade, sans danger de léser la plèvre ou le péricarde Cependant il faut savoir que, dans quelques cas rares, ces membranes elles-mêmes sont détruites, et que, lorsque la perte de substance faite à l'os par la maladie ou par l'art est assez considérable pour permettre d'examiner les parties intérieures, on trouve les poumons et le cœur à nu.

Traitement. Le traitement du gonflement inflammatoire, des exostoses, et de la carie superficielle du sternum, ne présente rien de particulier, c'est celui qui a été exposé plus haut.

Il en est à peu près de même lorsque la carie est profonde et ne se fait reconnaître que par des abcès qui paraissent vers l'appendice xiphoïde ou sur les côtes du sternum; on doit se borner à traiter ces abcès conformément aux préceptes déjà plusieurs fois indiqués. Mais quand la carie a traversé toute l'épaisseur de l'os, ou quand elle affecte l'un de ses bords, conjointement ou non avec quelques-uns des cartilages costaux, on doit, pour peu que la maladie ait d'étendue ou menace de faire des progrès, chercher à la guérir ou à l'arrêter par une opération chirurgicale, qui consiste à pratiquer la *résection* de toute la portion d'os alterée.

Cette opération est rendue facile et exempte de dangers, par la séparation des parties molles d'avec la partie du sternum qui est cariée, laquelle se trouve ainsi complètement isolée. Pour l'exécuter, on commence par mettre à découvert la partie cariée en pratiquant aux tégumens une incision cruciale dont on relève les lambeaux. Si la peau paraissait trop altérée, il faudrait circonscrire toute la portion malade entre deux incisions semi-elliptiques, et écarter ensuite les lèvres de la plaie, pour reconnaître l'étendue du désordre. S'il ne consiste que dans une simple perforation dont les bords sont peu profondément altérés, on les retranche avec un couteau lenticulaire; lorsque l'affection est très-étendue, on cerne toute la pièce malade avec quelques couronnes de trépan, et on la détache en faisant sauter avec la gouge et le maillet les languettes osseuses qui séparent les ouvertures que l'on a pratiquées; enfin, lorsque la maladie, partant du bord de l'os, s'est étendue à quelques cartilages des côtes, on emporte, avec la partie d'os malade, les cartilages qui sont affectés. On ne doit pas craindre, dans cette opération, d'intéresser l'artère mammaire interne, parce qu'elle a suivi les parties molles et s'est éloignée de l'os et des cartilages; mais dût-on nécessairement l'ouvrir, il n'en faudrait pas moins procéder à l'opération, parce qu'étant mise à découvert par l'ablation de la pièce osseuse, il serait très-facile d'en faire la ligature.

L'opération terminée, on recouvre la plaie d'un linge fenêtré, par-dessus lequel on place quelques boulettes de charpie fine, qu'on soutient à l'aide d'une compresse et d'un bandage de corps. Peu à peu, les membranes séreuses, épaissies, se rapprochent de l'ouverture, et leur face externe se recouvre de bourgeons celluleux et vasculaires, qui viennent se confondre avec ceux que fournit la circonférence de la perforation de l'os. On abaisse alors les lambeaux de peau qu'on a conservés lors de l'opération, afin qu'ils se réunissent au fond de la plaie et concourent à la solidité de la cicatrice. Mais, dans quelques cas, la perte de substance est trop considérable; d'autres fois, les membranes, devenues cartilagineuses, sont trop fixées dans le lieu qu'elles occupent, pour que la réunion complète puisse s'opérer; alors les malades conservent au-devant de la poitrine une cavité à large ouverture, dont ils n'éprouvent que peu d'incommodités, et qu'ils sont obligés de tenir fermée par le moyen d'un obturateur.

De l'ostéite costale.

L'histoire de l'inflammation du tissu des côtes rentre presque en totalité dans celle que nous avons faite de l'ostéite en général. Elle n'offre rien de particulier, ni dans les causes qui la produisent, ni dans les symptômes par lesquels elle s'annonce. Nous dirons seulement que, lorsqu'elle débute par l'extrémité antérieure des côtes, elle se propage presque toujours au cartilage qui en naît, et que, quand elle attaque l'extrémité postérieure de ces os, elle s'étend presque toujours à l'apophyse transverse de la vertèbre, ce qui rend difficile de la distinguer d'une ostéite vertébrale superficielle, dont au reste elle réclame le traitement. Enfin, les moyens par lesquels on doit combattre l'inflammation du tissu des côtes, leurs exostoses, et leur carie superficielle, sont les mêmes que ceux par lesquels on combat ces affections dans tous les os, et nous n'en parlerons ici que

pour faire connaître quelques particularités relatives aux cas où l'inflammation, affectant toute l'épaisseur de l'os, s'est terminée par suppuration, et les modifications que ces particularités apportent au traitement. Dans ces cas, en effet, la plèvre, détachée de la côte et épaissie, forme la paroi profonde d'un foyer dans le pus duquel baigne l'os isolé; et comme pareille chose à peu près se passe en dehors, il en résulte qu'il est très-facile de mettre à nu toute la portion d'os malade et de la retrancher. Pour faire cette opération, on incise sur l'os, et parallèlement à sa direction, les tissus qui le recouvrent. On détache, à l'aide d'une spatule, du manche d'un scalpel, ou de tout autre instrument analogue, les parties molles qui environnent la portion d'os malade; on passe entre celle-ci et la plèvre une plaque de plomb, ou une lame de bois mince, et on la retranche à l'aide d'une petite scie en rondache, qu'on applique de chaque côté au-delà des limites du mal. La même opération convient lorsque la maladie porte partie sur la côte et partie sur le cartilage. On risque peu de blesser l'artère intercostale, soit parce que ce vaisseau suit ordinairement la plèvre et s'éloigne de la côte, soit parce qu'il est détaché en même temps que les autres parties molles par l'action de la spatule dans le premier temps de l'opération; au reste, l'enlèvement de la pièce osseuse en rendrait toujours la ligature facile si elle venait à être lésée. On ne doit pas chercher à obtenir une réunion par adhésion immédiate, parce que les chairs qui environnaient l'os malade étant elles-mêmes altérées, elles ne peuvent se réunir qu'après avoir suppuré. Il faut donc panser la plaie à fond, avec un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, et des compresses soutenues par un bandage de corps. On ne réapplique les lambeaux que quand toute la surface de la plaie est recouverte de bourgeons de bonne nature.

De l'ostéite pelvienne.

Le sacrum tout entier, la crête de l'os ilium, ses épines, la tubérosité de l'ischion, sont, à cause de leur structure spongieuse, plus fréquemment envahis par l'inflammation que les autres parties du bassin. La face interne de ces os en est beaucoup plus souvent affectée que leur face externe.

Causes. Les causes sont celles que nous avons assignées à l'ostéite en général.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons*, *pronostic* et *traitement*. Lorsque la maladie attaque quelque partie du bassin placée superficiellement, comme la face postérieure du sacrum, le sommet des apophyses épineuses, antérieure et supérieure, ou supérieure et postérieure, on pourrait reconnaître le gonflement de la substance de l'os, et l'engorgement des parties molles qui le recouvrent, si la douleur n'était en général tellement obtuse, que les malades ne découvrent leur maladie que quand déjà elle est terminée par suppuration, et qu'il existe un abcès, dont la présence les gêne et attire ainsi leur attention. La région sacrée ou coxale pour le sacrum, et l'épine iliaque postérieure, la partie interne de la fesse pour la tubérosité ischiatique, l'aine ou la région iliaque, pour l'épine iliaque antérieure et supérieure, sont les points où se forment ordinairement ces abcès. A bien plus forte raison ne reconnaît-on les inflammations beaucoup plus fréquentes des régions intérieures du bassin, que quand des abcès par congestion viennent à la fois manifester l'existence de la maladie, et sa terminaison par suppuration. Il faut donc, lorsqu'il se forme vers quelque point de la circonférence du bassin une tumeur à base large, molle, fluctuante, indolore et sans changement de couleur à la peau, s'informer avec beaucoup de soin si cette tumeur n'a pas été précédée depuis long-temps par une douleur fixe, profonde et obtuse, dont le siége corresponde à quel-

ques-uns des points qu'on sait être plus particulièrement de structure spongieuse, afin d'éviter les méprises fâcheuses qui pourraient résulter d'un diagnostic erroné. Les abcès par congestion qui proviennent d'une carie de la face concave du sacrum viennent ordinairement se former à la marge de l'anus, au périnée, ou sur la partie voisine de la fesse; ceux qui viennent d'une carie de la partie interne de la crête iliaque, de son épine, ou de la tubérosité de l'ischion, peuvent fuser jusqu'à la partie interne ou supérieure de la face postérieure de la cuisse. Cette maladie a toute l'importance des caries profondes et des abcès par congestion, et elle réclame le même traitement.

De l'ostéite articulaire.

L'inflammation des parties des os qui concourent à former les articulations, est le dernier point de départ qu'il nous reste à examiner de cette maladie très-grave des articulations désignée par les auteurs sous les noms divers de *tumeur blanche*, d'*arthrocace*, de *luxation spontanée*, d'*arthrite chronique*, etc. Ce n'est pas que l'inflammation des ligamens, des cartilages articulaires et des membranes synoviales, que nous avons déjà décrite, soient, avec celle des tissus spongieux des parties articulaires, les seules causes que les auteurs aient admises comme pouvant, chacune exclusivement, amener une luxation spontanée, certains ont au contraire cherché à expliquer l'allongement du membre par une accumulation avec épaississement de la synovie, ou par le gonflement inflammatoire des prétendues glandes synoviales; mais la réalité de la première de ces causes n'est rien moins que prouvée, et l'expérience a fait connaître que le gonflement inflammatoire des flocons adipeux qu'on a nommés glandes synoviales, n'est jamais suffisant pour éloigner les surfaces articulaires l'une de l'autre. Il y a peu de temps encore, on pensait généralement que l'augmentation de longueur et le changement de direction que le membre

éprouve étaient dus constamment à l'augmentation d'épaisseur des cartilages articulaires qui tapissent les cavités de réception. J. Nep. Rust pense au contraire que ces phénomènes sont toujours le résultat de l'inflammation centrale de la tête articulaire des os. Pour nous, la luxation n'est qu'un accident, un symptôme qui survient lorsque, d'une part, les surfaces osseuses ne sont plus en rapport de forme, comme par exemple, lorsque la cavité articulaire est remplie, ou que la tête est devenue trop volumineuse pour continuer d'y être reçue; et, d'autre part, quand les ligamens sont ramollis. Que l'inflammation ait commencé par la membrane synoviale, ou par les liens fibreux de l'articulation, pour se communiquer aux cartilages et aux os, ou qu'elle ait d'abord envahi les cartilages pour s'étendre aux ligamens, les conséquences sont à peu près les mêmes, lorsque toutes les parties qui concourent à l'articulation sont en même temps gonflées et ramollies; seulement, dans le premier cas, les symptômes de la synovite ou de l'arthrite chronique précèdent de long-temps l'allongement du membre, qui est toujours le premier indice de la tendance que prennent les pièces de l'articulation à se déplacer, tandis que, dans le second, cet allongement précède de plus ou moins long-temps les symptômes de synovite et d'arthrite.

Nous avons déjà décrit ces deux dernières affections, ainsi que la chondrite articulaire; nous allons faire connaître, d'après Rust (1), la marche de l'inflammation, qui commence par le centre des parties des os qui concourent aux articulations. Cet auteur pense que les éminences articulaires sont à peu près exclusivement le siége primitif de la maladie, et que ce n'est que consécutivement que les cavités où elles sont reçues, ainsi que les cartilages et les ligamens, sont affectés. Quelle que soit la validité de son opinion, que nous n'avons pas été à

(1) *Arthrokakalogie*; Vienne, 1817, in-4°, avec planches; ouvrage écrit en allemand. Voyez l'excellente analyse qu'en a donnée M. Jourdan, dans le tome Ier du *Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales*.

même de vérifier, il décrit avec beaucoup plus d'exactitude qu'on ne l'avait fait avant lui cette maladie, qu'il appelle arthrocace en général, non-seulement dans l'articulation coxo-fémorale, la seule où les auteurs l'aient presque observée, mais encore dans toutes les articulations.

Causes. Les causes sont celles de l'ostéite en général : les irritations scrofuleuse, syphilitique, arthritique, rhumatismale ; la répercussion des maladies exanthémateuses de la peau, une contusion, une entorse, etc.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et *pronostic.* Souvent le malade n'éprouve au début qu'un sentiment de faiblesse du membre, qui ne lui permet de le mouvoir qu'avec difficulté, et l'engage à l'aider de l'une de ses mains dans les mouvemens qu'il exécute ; mais dans ces cas même, si l'articulation vient à être fortement ébranlée, il se manifeste une douleur très-vive. Quelquefois la douleur se fait sentir seulement dans certains mouvemens de l'articulation ; d'autres fois, enfin, la douleur est continue dès le début de la maladie. Une circonstance très-remarquable, c'est que, quand la maladie attaque un os long, il se développe presque toujours dans l'extrémité opposée à celle qui est affectée, une douleur sympathique qui détourne l'attention du malade du véritable siége du mal : c'est dans le genou que se font sentir pendant long-temps les premières et les plus fortes douleurs occasionées par une inflammation centrale de la tête du fémur ; c'est dans le coude qu'on ressent celles qui accompagnent le début de la même affection de la tête de l'humérus, etc. Ces symptômes sont ceux de la première période de la maladie. Presque en même temps, lorsque celle-ci affecte un membre, et qu'on le compare attentivement avec celui du côté opposé, on s'aperçoit qu'il est allongé, parce que la tête de l'os, gonflée, sort de la cavité destinée à la recevoir. Le mal est alors arrivé à la seconde période. Il peut guérir par la résolution de l'inflammation ; mais presque toujours il continue à faire des progrès ;

les ligamens ramollis permettent aux surfaces articulaires de se mouvoir l'une sur l'autre, dans le sens où ils sont placés pour en borner les mouvemens, et la maladie passe à sa troisième période lorsque l'action musculaire, le poids des parties, ou une cause externe vient à produire, soit lentement, soit tout-à-coup, l'abandon complet des surfaces articulaires ou *la luxation spontanée*.

Dans quelques cas très-heureux, mais extrêmement rares, on a vu, dit-on, l'irritation s'apaiser, le gonflement cesser, les parties articulaires reprendre leurs rapports naturels, et les ligamens se raffermir. Nous n'avons jamais été témoins d'un semblable succès, et nous avouons qu'il nous serait difficile de l'expliquer. D'autres fois, et ces cas ne doivent pas être regardés comme malheureux, on voit, mais rarement, les symptômes inflammatoires céder après que la luxation est opérée, et une fausse articulation susceptible de mouvemens se produire entre la tête de l'os luxé et le point de l'os correspondant sur lequel elle est venue s'appuyer. Mais le plus souvent il se manifeste une nouvelle série de symptômes qui caractérise une dernière période de la maladie. La douleur, d'abord calmée, après que la luxation est produite, se réveille plus vive, plus continue que jamais; de vastes foyers purulens communiquant avec l'articulation malade se forment, et se vident à l'extérieur par une ou plusieurs ouvertures qui deviennent alors fistuleuses. Le pus s'altère, et prend les caractères de celui qui provient de la carie des os. Un stylet introduit par ces ouvertures, lorsqu'elles ne sont pas trop éloignées des parties malades, pénètre jusque dans l'articulation, dont il trouve toutes les parties usées et corrodées; le frottement réciproque des parties articulaires fait entendre une sorte de crépitation, signe non équivoque de l'usure des cartilages. Les sympathies du cœur et de l'estomac s'éveillent, et tous les accidens de l'épuisement et du marasme se prononcent. Quelquefois on voit encore les accidens se calmer, la suppuration

tarir peu à peu, et la guérison s'opérer par la soudure mutuelle des os déplacés dans les nouveaux rapports où ils se trouvent ; mais ordinairement la maladie s'aggrave de plus en plus, et les malades succombent dans le marasme.

Telle est la marche la plus commune de la maladie ; mais, dans quelque cas, cette marche est intervertie. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit la suppuration des parties molles et des cartilages et la carie des os précéder dans quelques cas le déplacement des os ; dans quelques autres cas aussi, toutes les parties qui composent l'articulation se trouvent détruites, sans que jamais il survienne de déplacement ; mais en saisissant de chaque main l'un des os articulés, et les faisant mouvoir en sens opposé, il est facile de voir au relâchement des liens qui les unissent, que toutes les conditions nécessaires au déplacement existent, et que, s'il ne s'opère pas, cela tient à des circonstances tout-à-fait fortuites. La durée de la maladie n'est pas à beaucoup près toujours la même : chez les sujets jeunes et surtout scrofuleux, quelques semaines suffisent pour que l'exarticulation de l'os soit opérée et les abcès manifestes ; dans d'autres cas, la marche de la maladie est beaucoup plus lente, et ce n'est qu'après plusieurs mois et quelquefois plus d'une année, que la carie articulaire se déclare, et celle-ci n'amène la consomption et la mort qu'après avoir elle-même duré plusieurs mois. Quant aux terminaisons et au pronostic, il résulte de ce que nous avons dit, qu'à toutes les périodes la maladie est susceptible de guérison ; mais que les chances favorables diminuent dans une proportion très-rapide, à mesure que la maladie passe de la période d'invasion à la période d'exarticulation, et de celle-ci à la suppuration et à la carie. Difficile à faire rétrograder lorsqu'il ne fait que commencer, le mal devient presque impossible à arrêter quand la suppuration est établie ; et lorsque l'exarticulation a eu lieu, non-seulement il n'est plus permis d'espérer qu'une guérison rare, mais en général il n'est plus permis d'espérer qu'une guérison accompa-

gnée de la soudure des os ou de l'immobilité des pièces déplacées. Les cas où il se forme une articulation anormale sont si rares, qu'il n'est jamais raisonnable d'y compter. Toutefois, l'âge et la constitution des sujets influent beaucoup sur la marche ultérieure de la maladie, et sur le pronostic qu'on en doit porter. Toutes choses égales d'ailleurs, l'arthrocace qui survient chez un sujet scrofuleux est beaucoup plus rebelle et a une disposition bien plus grande à se terminer par suppuration que les autres. Chez les sujets jeunes et vigoureux, la succession des différens ordres de symptômes est plus rapide; mais il y a beaucoup plus d'espoir de guérison que chez les sujets vieux ou épuisés.

Caractères anatomiques. Il est rare qu'on puisse examiner l'état des parties quand la maladie n'est encore qu'à sa première, à sa seconde, et même à sa troisième période; on ne peut le faire que dans le cas où le sujet est mort d'une maladie étrangère à celle de l'articulation, qui ne détermine la mort par elle-même que par son passage à la carie. Cependant, voici ce qu'on observe suivant Rust. Dans le début de la maladie, on trouve la tête articulaire plus volumineuse que dans l'état normal, et sortant de la cavité destinée à la recevoir et qui ne peut plus la contenir: le centre de cette éminence est injecté, ramolli, et présente des traces évidentes de l'inflammation, que cet auteur pense débuter toujours par le tissu membraneux médullaire qui revêt les cellules spongieuses de l'os. Nous ajouterons, d'après un assez bon nombre d'auteurs, que quelquefois la tête articulaire n'a pas changé de volume, mais que c'est la cavité de réception qui se trouve remplie par le gonflement du cartilage qui la revêt, et par celui des flocons adipeux, regardés par quelques-uns comme des glandes synoviales. Quand l'exarticulation est opérée depuis long-temps, et qu'il s'est formé une articulation anormale, on trouve la cavité articulaire abandonnée, rétrécie et effacée; la tête de l'os, ordinairement rapetissée, quelquefois aplatie et presque toujours déformée, re-

pose sur une cavité de nouvelle formation, irrégulière, peu profonde, et tapissée par un cartilage mince; tandis que les muscles environnans, le tissu cellulaire, les tendons, amincis et transformés en un tissu fibro-cellulaire, forment une capsule articulaire qui, se portant d'un os à l'autre, affermit les deux pièces de l'articulation anormale. Lorsque les parties affectées sont en suppuration, on trouve tous les caractères que nous avons assignés à la carie; les cartilages, les extrémités des os, et quelquefois les cavités articulaires, détruits, baignés de pus; les ligamens ramollis; les parties molles environnantes mollasses, grisâtres et fongueuses, et si les abcès se sont ouverts, des trajets fistuleux faisant communiquer le foyer principal avec l'extérieur. Enfin, si après la carie il se forme une soudure, et que la suppuration ait cessé depuis long-temps, on trouve les extrémités articulaires unies par un cal volumineux et irrégulier, dans lequel sont souvent confondus les organes fibreux et musculaires environnans.

Traitement. Tant que la maladie n'est pas passée à l'état de suppuration, le traitement qui lui est applicable ne diffère de celui de l'ostéite en général que par l'énergie avec laquelle on doit l'administrer, en raison de la rapidité, plus grande que partout ailleurs, avec laquelle l'inflammation marche dans les parties articulaires des os. Ainsi, le repos le plus complet de l'article, des saignées locales abondantes et réitérées, des bains, des cataplasmes émolliens, le régime des inflammations, en forment les moyens principaux. Ces moyens doivent être employés avec énergie et persévérance jusqu'à ce que l'inflammation soit maîtrisée et la douleur calmée. Lorsqu'ils sont employés à temps et convenablement, ils suffisent seuls pour faire dégonfler les os, et pour ramener le membre allongé à sa longueur naturelle. Dans tous les cas, on n'en doit cesser l'usage que quand ils ont fait disparaître la douleur, et qu'on s'est assuré, en persévérant suffisamment dans leur emploi, qu'on n'en peut plus rien obtenir. Alors on les remplace par les révulsifs appli-

qués à la peau ou au tissu cellulaire sous-cutané, parmi lesquels les vésicatoires volans, promenés en grand nombre et successivement autour de l'articulation malade, les moxas appliqués sur les centres principaux de l'engorgement, ou le plus près possible de l'articulation, et surtout les sétons qu'on passe dans le tissu cellulaire sous-cutané, le plus près possible du siége du mal, tiennent le premier rang. Ce n'est pas que les frictions mercurielles, que Bell administrait deux ou trois fois par jour à doses assez faibles pour ne pas provoquer la salivation ; ce n'est pas non plus que les linimens volatils ou camphrés, ceux qui sont faits avec un mélange de savon noir et d'eau-de-vie camphrée, que la pommade d'Autenrieth, les sinapismes, les bains et les douches, sulfureux ou autres, les frictions sèches faites avec une flanelle imprégnée de vapeurs de benjoin, de succin, etc., l'emplâtre d'onguent styrax saupoudré de fleurs de soufre, les cataplasmes de racine de bryonne râpée et cuite dans du lait, l'application constante de sachets remplis de tan pulvérisé mêlé à une certaine quantité de muriate d'ammoniaque et de chaux éteinte, etc., conseillés par la plupart des auteurs, ne puissent avoir d'avantages lorsque l'inflammation a perdu son acuité; mais l'efficacité de ces moyens tient en grande partie à l'irritation qu'ils produisent sur la peau, et sous ce rapport ils doivent le céder complètement aux vésicatoires, aux moxas et au séton. Lorsque la maladie attaque un sujet robuste, le traitement qui vient d'être décrit est le seul qui convienne ; mais lorsque le malade est en même temps atteint de scrofules, ou de syphilis, ou de scorbut, il faut y joindre l'usage interne des remèdes propres à détruire ces affections. Seulement on ne doit, en général, administrer de traitement interne que quand les symptômes inflammatoires locaux ont disparu, c'est-à-dire à peu près en même temps qu'on applique les révulsifs à l'extérieur, parce que la plupart des remèdes qui composent le traitement des scrofules, de la syphilis, et du scorbut, étant excitans, ils sont contre-indiqués tant qu'il existe une inflammation locale intense.

Lorsque la luxation spontanée est opérée, c'est encore de la même manière qu'on doit attaquer le mal, c'est-à-dire par les saignées locales et les émolliens d'abord, et par les révulsifs lorsqu'il n'y a plus de douleur; ces moyens n'ont pas ordinairement pour effet d'opérer la réduction des os luxés, mais ils empêchent la terminaison par suppuration, et favorisent la formation d'une articulation anormale ou d'une ankylose. Comme on doit supposer que le membre s'ankylosera, on le placera dans la position la plus favorable au genre de service qu'il est destiné à rendre, afin qu'il s'y soude. Lorsque déjà il existe des abcès, que la luxation soit opérée ou non, on peut encore attaquer le mal par des saignées locales, mais ce n'est plus alors que dans le but de diminuer l'excitation générale et locale : aussi ne doit-on point trop insister sur l'emploi de ce moyen, qui affaiblirait inutilement le malade. On doit aussi, lorsque les saignées ont calmé les symptômes généraux ou locaux d'excitation, appliquer aux environs de l'articulation malade un ou deux cautères, dont on entretient la suppuration, parce que ces moyens dérivatifs peuvent contribuer à borner les progrès de la maladie. Mais il est inutile de multiplier les vésicatoires, les moxas, etc., puisqu'on n'en peut plus attendre une guérison complète, et que surtout l'excitation qu'ils provoquent pourrait produire un effet contraire à celui qu'on en attend, en ajoutant à celle qu'on veut détruire, et qui est toujours disposée à se réveiller ou à s'exaspérer à l'époque où l'inflammation passe à la suppuration. On insiste sur les émolliens et le repos.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur la conduite qu'il convient de tenir lorsque la fluctuation est manifeste; quelques-uns pratiquent une ponction aussitôt qu'ils reconnaissent la fluctuation, après quoi ils font cicatriser la plaie, et renouvellent cette opération toutes les fois que la collection reparaît. Mais il s'en faut de beaucoup que cette pratique ait ici les avantages qu'elle offre dans le traitement des autres abcès par congestion; l'irritation inévitable apportée par cette

légère opération a presque toujours pour effet l'inflammation générale de la membrane synoviale, et par conséquent l'exaspération de tous les symptômes, surtout lorsque les parties qu'il faut traverser pour arriver à la cavité articulaire, étant elles-mêmes altérées et peu disposées à se réunir, comme cela a souvent lieu, l'ouverture reste béante, et permet à l'air de s'introduire dans l'intérieur du foyer. Aussi d'autres praticiens, également recommandables, et parmi lesquels nous pouvons citer Nep. Rust, veulent-ils qu'on incise de bonne heure et largement les abcès, afin de procurer au pus un libre écoulement, et d'éviter les inconvéniens de sa stagnation dans un foyer où il est presque inévitablement altéré par la présence de l'air. D'autres, fondés sur ce que ces opérations provoquent très-souvent une recrudescence des symptômes d'excitation, et une accélération dans la marche de la maladie, laissent ces abcès s'ouvrir d'eux-mêmes, retardant ainsi, autant que possible, l'introduction de l'air, dans le foyer et le développement des accidens locaux et sympathiques dépendans de l'irritation qu'il provoque.

Ces diverses pratiques comptent des succès, et par conséquent des partisans; mais quelle que soit celle qu'on adopte, il arrive presque toujours, après l'ouverture artificielle ou spontanée des abcès, que l'inflammation se renouvelle, que les sympathies du cœur et de l'estomac se réveillent, et que la carie faisant des progrès plus rapides, le malade tombe bientôt dans l'épuisement et le marasme. L'étendue de la maladie, la disposition des os affectés, l'importance et la sensibilité des tissus divers qui concourent à former l'articulation, ne permettent pas d'employer contre la carie le cautère actuel, et il ne reste alors d'autre ressource que l'ablation des parties malades. C'est pour cela que quelques chirurgiens, considérant à quel prix les malades, lorsqu'ils viennent à guérir, achètent un membre presque toujours déformé, raide et ankylosé, pensent qu'aussitôt qu'il est manifeste que l'inflammation des parties articulaires des os et passée à la suppuration, il faut, sans perdre un temps

précieux, retrancher les parties d'os cariées. On peut le faire, soit en amputant le membre, soit en pratiquant la résection des extrémités articulaires malades. Cette dernière opération consiste à ouvrir l'articulation, à faire saillir l'une après l'autre les extrémités des os qui concourent à la former, et à les retrancher d'un trait de scie. On met ensuite en contact l'os supérieur avec l'os inférieur, et on panse le membre comme s'il était affecté de fracture avec plaie. La résection des extrémités articulaires a, lorsqu'elle réussit, de grands avantages sur l'amputation. En effet, comme la plupart des articulations où on la pratique sont sous-cutanées, et qu'on dispose toujours les incisions de manière à ménager les gros troncs vasculaires et nerveux, il en résulte qu'elle est à la fois peu douloureuse et exempte de dangers, puisque la peau, quelques ligamens et les os, sont à peu près les seules parties intéressées; et elle donne la facilité de conserver le membre, qui, bien que raccourci et souvent ankylosé, n'en est pas moins propre à remplir divers usages importans.

Mais il s'en faut de beaucoup que cette opération soit toujours couronnée de succès, parce qu'on attend en général pour la pratiquer que toute espérance de guérison spontanée soit tout-à-fait perdue. Alors les chairs qui environnent les os sont grisâtres, blafardes, fongueuses et peu disposées à se réunir, et la suppuration qu'elles fournissent, baignant incessamment les extrémités des os, s'oppose à tout travail de réunion entre elles. Le pus continue donc à couler en aussi grande abondance et avec les mêmes caractères après l'opération qu'avant, et l'on voit les accidens reparaître et nécessiter l'amputation du membre. Il est donc très-important de ne pas attendre, pour pratiquer l'opération, que des trajets fistuleux aient trop altéré les parties molles et aminci la peau. En général, il est temps de la faire lorsque la présence du pus commence à se faire reconnaître dans l'articulation, que les ligamens ramollis ne maintiennent plus solidement les parties osseuses qui y concourent,

que, en saisissant avec les mains le membre au-dessus et au-dessous de l'article, on en peut faire mouvoir les deux parties horizontalement l'une sur l'autre, et que le frottement qui a lieu pendant ce mouvement entre les surfaces articulaires est accompagné de crépitation, indice de l'usure de leur substance et de la perte de leur poli. Mais dans beaucoup de cas encore, malgré les soins les plus éclairés, on ne peut obtenir la guérison; c'est pour cela que beaucoup de chirurgiens préfèrent l'amputation du membre, qui ne nous paraît devoir être tentée qu'après que la résection des os a échoué.

La forme différente des articulations, leur étendue, leur siége, leur importance, apportent, soit dans les symptômes qui accompagnent l'arthrocace, soit dans les suites qu'elle peut avoir, soit dans les procédés opératoires que leur traitement peut exiger, des modifications importantes, qui nous mettent dans la nécessité de décrire rapidement cette maladie, en la considérant dans les principales articulations.

L'inflammation des articulatians vertébrales affecte le plus ordinairement l'articulation de l'atlas avec l'axis; quelquefois cependant on l'observe dans celle de l'occipital avec l'atlas, très-rarement dans les articulations des autres vertèbres cervicales entre elles, et presque jamais dans celles des vertèbres dorsales ou lombaires.

C'est ordinairement à la suite de la chute de quelques corps graves sur la tête que se développe l'inflammation des parties osseuses qui concourent à l'articulation de l'occipital avec l'atlas; il paraît que le premier de ces os est plus souvent affecté primitivement que le second. Les symptômes qui l'accompagnent dans la première période de son développement sont fort obscurs; ils se bornent à une douleur vague dans la partie supérieure du pharynx, ou dans la profondeur de la région sous-occipitale. Dans la seconde période, la tête exécute peu à peu un mouvement de bascule peu marqué, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, soit latéralement, selon

que les deux condyles sont affectés dans leur partie postérieure, dans leur partie antérieure, ou que l'un des deux seulement augmente de volume. Dans la troisième période, l'occipital glisse peu à peu sur les masses latérales de la première vertèbre; si ce mouvement de locomotion s'exécute d'arrière en avant, le menton semble allongé, et l'occiput raccourci; si c'est d'avant en arrière, le menton se rapproche du cou, et l'occiput paraît allongé; si c'est d'un côté à l'autre, la tête s'incline plus ou moins fortement d'un côté; mais ce qui distingue cette maladie de celle qui a son siége dans l'articulation des deux premières vertèbres entre elles, c'est que les mouvemens latéraux de la tête sont conservés; de quelque côté qu'elle se porte, un engorgement profond se manifeste dans la région sous-occipitale, et la pression y devient douloureuse; souvent aussi il survient une gêne plus ou moins considérable dans la déglutition, parce que la tuméfaction se prononce vers la partie la plus supérieure de la paroi postérieure du pharynx. En même temps que la tête se déplace, la moelle épinière se trouve comprimée à son entrée dans le canal vertébral, et les mouvemens volontaires de tout le corps, y compris ceux de la respiration, deviennent ordinairement de plus en plus difficiles ou même impossibles. Cependant, quand la maladie marche avec lenteur, le rétrécissement du canal, et par conséquent la compression de la moelle vertébrale, peuvent être portés très-loin sans qu'il en résulte beaucoup de difficulté dans les mouvemens.

Quelquefois les malades guérissent dans la position qui vient d'être décrite, mais le plus souvent la maladie fait des progrès, et passe à la quatrième période : alors la suppuration s'établit; les abcès se font jour, soit dans le pharynx, soit sur les parties latérales supérieures ou postérieure et supérieure du cou. Si le malade est bien constitué, on voit encore, dans quelques cas heureux, la suppuration tarir peu à peu, et les malades guérir en conservant la tête déviée; mais ordi-

nairement la gêne des mouvemens augmente de plus en plus, et comme le lieu où la moelle est comprimée est supérieur à l'origine des nerfs diaphragmatiques, le sujet ne tarde pas à périr d'asphyxie, avant même que le pus se soit fait jour au dehors.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation de la première vertèbre avec la seconde, le malade commence par éprouver dans la partie supérieure de la région cervicale une douleur profonde, plus forte pendant la nuit que le jour, et qui devient très-vive pendant les mouvemens de rotation de la tête. Cette douleur augmente aussi lorsqu'on presse fortement la région postérieure et supérieure du cou, lorsque le malade avale de gros morceaux, lorsqu'il fait de profondes inspirations. Peu à peu ces accidens augmentent lorsqu'on n'y porte pas promptement remède; les douleurs se concentrent rapidement à la région occipitale; elles deviennent insupportables dès le moindre mouvement de la tête, qui se penche sur l'épaule opposée au côté où le mal s'est d'abord développé, par l'effet de l'augmentation de volume de l'apophyse articulaire. A cette époque, il arrive assez souvent que la position du malade semble s'améliorer; les douleurs diminuent, et les mouvemens reprennent un peu de liberté; mais cette amélioration n'est pas durable; les accidens ne tardent pas à se renouveler : la tête s'incline en arrière et du côté opposé à celui où elle s'était d'abord portée, parce que la carie détruit l'articulation, et que l'atlas perd son soutien de ce côté; le malade ne peut plus la mouvoir sans le soutien de ses deux mains; toutes les positions lui deviennent insupportables; les membres se paralysent; les accidens colliquatifs se déclarent, et la mort survient presque toujours d'une manière brusque et inopinée pendant quelques mouvemens de la tête, ou le malade périt d'asphyxie.

Dans beaucoup de cas, l'articulation de la première vertèbre avec l'occipital se trouve compromise en même temps que son

articulation avec l'axis. Les symptômes se composent de tous ceux que nous avons indiqués pour ces deux maladies en particulier. Les altérations pathologiques qu'on rencontre à l'ouverture des corps sont alors très-variées : quelquefois l'occipital seul s'est déplacé ; d'autres fois, c'est la première vertèbre qui paraît s'être dérangée seule et avoir glissé entre l'occipital et la seconde vertèbre. Quelquefois les parties se sont consolidées dans la position nouvelle qu'elles ont prise, et l'on trouve de grandes ossifications qui s'étendent de l'occipital à la première, à la seconde, et même à la troisième vertèbre. Dans tous ces cas, le canal vertébral est fortement rétréci, et la moelle épinière serrée, étranglée et presque coupée, est ordinairement enflammée et ramollie au point correspondant, à moins que l'affection ne soit très-ancienne. La maladie peut également se développer dans les apophyses articulaires de toutes les vertèbres ; il est remarquable cependant qu'elle s'établit plus fréquemment dans la région cervicale qu'ailleurs, tandis que, comme nous l'avons dit, l'inflammation centrale du corps de l'os attaque plus spécialement les vertèbres lombaires et dorsales. Au reste, les symptômes de ces deux affections sont tellement semblables, qu'il est à peu près impossible de distinguer la spondylarthrocace de la variété de vertébrite non accompagnée de gibbosité considérable. Le traitement de l'inflammation des apophyses articulaires des vertèbres, en quelque articulation qu'elle se développe, est absolument le même que celui de l'ostéite vertébrale.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation de la clavicule avec le sternum (*cléidarthrocace*), elle est des plus faciles à reconnaître. C'est en haut et en avant que s'opère le déplacement. Elle ne compromet pas la vie du sujet. On ne pratique jamais la résection ni l'amputation de l'os.

Quand elle attaque l'articulation scapulo-humérale (*omarthrocace*, Rust), c'est souvent à l'occasion d'un violent tiraillement de l'articulation qu'elle se développe, et cependant il

paraît que c'est par la tête de l'humérus qu'elle débute ordinairement. La douleur locale caractéristique de la première période est très-vive, et augmente non-seulement par les mouvemens du bras, mais aussi par ceux de l'avant-bras; celui-ci éprouve un sentiment de lassitude très-marqué. Dans la seconde période, le gonflement de la tête de l'humérus est très-apparent; la douleur, sans quitter l'articulation malade, se fait sentir quelquefois très-vivement dans le coude; le membre maigrit et s'allonge; le deltoïde s'aplatit et paraît fortement tendu de haut en bas; l'aisselle se remplit; le coude, plus bas que celui du côté opposé, reste écarté du corps, sans qu'on puisse l'en rapprocher. Dans la troisième période, le membre se raccourcit tout à coup; le coude est dirigé en arrière et en dehors; l'épaule est aplatie, et la tête de l'humérus vient faire saillie au-dessous de la clavicule. Pendant la quatrième période, les abcès se font jour vers l'aisselle ou vers la partie antérieure de l'articulation. On a vu dans quelques cas les côtes s'enflammer, se carier, et un épanchement mortel se faire dans la poitrine. Cette maladie, très-grave, compromet toujours la vie du sujet; elle peut, après que le déplacement est opéré, guérir par la formation d'une articulation anormale. C'est en devant et en arrière de l'articulation, et sous l'aisselle qu'on applique les sangsues destinées à faire les saignées locales; c'est en devant et en arrière seulement qu'on applique les vésicatoires et les moxas. Lorsque toutes les ressources de l'art sont épuisées, on peut pratiquer l'amputation du membre dans l'article, ou faire la résection de la tête de l'humérus, si l'état des parties molles le permet. (Voyez *Moyens thérapeutiques des solutions de continuité.*)

Quand la maladie affecte l'articulation du coude (*olécranarthrocace*, Rust), elle commence quelquefois par la tête du radius. La douleur est alors fixe en dehors de la partie supérieure de l'avant-bras, et elle augmente dans les mouvemens de rotation de la main; mais souvent c'est l'extrémité inférieure de

l'humérus qui est affectée primitivement. C'est sur les côtés de l'olécrane que commence alors la tuméfaction. Le membre a une tendance marquée à la flexion ; dans les derniers degrés de la maladie, il reste immobile dans cette position, et tandis que toute l'articulation est gonflée, le bras et l'avant-bras sont frappés d'un amaigrissement très-marqué. Cette maladie entraîne rarement la mort, quoique assez souvent les fistules restent intarissables. Il se forme fréquemment une ankylose du coude. C'est sur les côtés de l'articulation qu'il faut appliquer les sangsues, les vésicatoires et les moxas. Dans les cas où elle devient la source d'accidens colliqualifs, on pratique ordinairement l'amputation dans la continuité du membre, et presque jamais dans l'article ; on peut aussi faire la résection des os qui composent l'articulation.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation du poignet (*chéirarthrocace*, Rust), c'est souvent par les os du tarse qu'elle commence. La douleur se fait sentir tantôt vers un point, tantôt vers un autre. Dès le début, le poignet se gonfle vers sa face dorsale, et la main se fléchit sur l'avant-bras. Cette flexion augmente dans la seconde période ; et dans la troisième, les os de l'avant-bras, et surtout le cubitus, font saillie en arrière. Quand la carie se développe, c'est surtout dans les os du tarse qu'elle fait des ravages. Il est très-rare que cette maladie, une fois arrivée à sa quatrième période, guérisse. Presque toujours l'inflammation s'étend des os de la première rangée du tarse à ceux de la seconde, et des fistules intarissables et nombreuses sont la suite de cette extension du mal. Cependant, malgré son étendue, il est rare que la carie du tarse et du poignet compromette les jours du malade ; mais elle entretient le corps dans un état de maigreur et d'excitation habituelles qui forcent, lorsque toutes les autres ressources sont épuisées, à recourir à une opération chirurgicale. La nécessité où l'on serait de couper les tendons fléchisseurs ou extenseurs pour ouvrir l'articulation, le petit volume et la structure spongieuse

des os du tarse, qui font que ces os sont toujours affectés dans toute leur épaisseur, et ne peuvent point être enlevés partiellement, rendent inutile ou impossible l'opération de la résection des surfaces articulaires, et c'est à l'amputation dans l'article ou dans la continuité de l'avant-bras qu'il faut avoir recours.

Quand la maladie a son siége isolément dans l'un ou l'autre des os du métacarpe, on peut l'enlever en sacrifiant le doigt correspondant. La même opération peut être pratiquée lorsque l'articulation métacarpo-phalangienne est le siége du mal ; c'est au contraire dans cette dernière qu'on ampute le doigt lorsque la maladie siége dans l'articulation phalango-phalanginienne, et ainsi de suite. Nous verrons, en parlant des amputations, quelles sont les autres opérations de ce genre qu'on a conseillé de faire partiellement sur la main.

L'inflammation de l'articulation de la hanche est une de celles que les auteurs ont le mieux décrites ; c'est elle qu'ils ont désignée sous les noms de *coxalgie*, de *luxation spontanée du fémur*, de *coxarthrocace* (Rust). Elle n'a point de causes spéciales. Pendant la première période, la douleur paraît et disparaît alternativement ; la faiblesse de la cuisse est très-marquée, et elle est accompagnée d'un sentiment de tension dans l'aine, et de claudication ; cette période ne dure quelquefois que quelques jours ; d'autres fois, elle dure plusieurs mois et même plusieurs années. Dans la seconde, le membre est allongé et amaigri, le grand trochanter est placé plus bas et plus en dehors que celui du côté opposé, la fesse est aplatie, et son sillon est plus profond ; le malade marche en *fauchant*, c'est-à-dire en faisant décrire horizontalement à son pied un demi-cercle en dehors, et sans l'éloigner du sol ; il aide souvent le membre de la main correspondante. Il se déclare en même temps dans le genou une douleur très-vive, et quelquefois assez forte pour détourner de la maladie principale l'attention d'un chirurgien peu exercé : dans quelques cas, cette douleur est accompagnée d'un gonflement notable. La

troisième période est caractérisée par un raccourcissement lent ou brusque, mais toujours considérable du membre. La luxation est complète comme à l'épaule, et elle s'opère en haut et en dehors. La tête du fémur sortant par le côté supérieur et postérieur de la cavité cotyloïde, et entraînée par les muscles fessiers, glisse d'avant en arrière et de dehors en dedans sur la face convexe de l'os des îles. La cuisse est fléchie et tournée dans une forte rotation en dedans; le grand trochanter est remonté et rapproché de la crête de l'os des îles; les muscles sont soulevés par la tête du fémur, et la fesse est arrondie et prolongée en arrière en forme de cône. Dans quelque cas heureux, surtout lorsque le sujet est jeune et bien constitué, et que la maladie provient d'une cause mécanique, la douleur locale et la gonalgie cessent, le gonflement diminue peu à peu, et, toutefois au bout d'un temps toujours assez long, le malade peut s'appuyer sur le membre raccourci et dévié, mais conservant une partie de ses mouvemens. Il s'est alors formé une articulation anormale entre la tête du fémur et la face externe de l'os des îles. Quelques personnes citent même des cas plus heureux : des membres raccourcis depuis peu de temps auraient été ramenés à leur état naturel par les saignées locales et les révulsifs. De pareils faits nous paraissent tout-à-fait impossibles à expliquer. Dans quelques cas aussi, mais rarement, on voit la luxation se faire en bas et en dedans sur le trou sous-pubien; le membre est alors allongé et dévié en dehors. Nous l'avons vue s'opérer en haut et en avant. Après ces dernières espèces de luxation, il peut également se former une fausse articulation; mais le plus souvent, quel que soit le sens dans lequel le déplacement s'est opéré, les douleurs locales et sympathiques reparaissent avec plus d'intensité; les sympathies du cœur et de l'estomac s'éveillent ou s'exaspèrent; des abcès se forment dans l'épaisseur de la fesse où à la partie supérieure et interne de la cuisse; des taches livides apparaissent aux tégumens, qui se perforent, et dont les ouvertures se trans-

forment en orifices fistuleux. Si le malade guérit alors, ce n'est qu'après de longues douleurs et beaucoup de dangers, et en conservant une ankylose; dans les cas les plus nombreux, il succombe épuisé par les accidens colliquatifs. C'est surtout en arrière et en dedans de l'articulation qu'on doit appliquer les sangsues dans cette maladie; c'est sur le grand trochanter, au-dessus, en arrière, et en devant de lui qu'on promène les vésicatoires volans, et qu'on applique les moxas et les sétons. On peut, lorsque la vie du malade est mise en danger, pratiquer l'amputation du membre dans l'article; mais cette opération grave offre bien moins de chances de succès à la hanche qu'à l'épaule, non-seulement à cause de l'énorme étendue de la peau, mais encore parce qu'il est impossible de retrancher la cavité cotyloïde lorsqu'elle est elle-même cariée, tandis qu'il n'est pas très-difficile d'enlever l'angle antérieur de l'omoplate, et par conséquent la cavité glénoïde, lorsqu'elle participe à la maladie de la tête de l'humérus et des autres parties articulaires. La grande épaisseur des chairs qui environnent de toutes parts l'articulation coxo-fémorale, rend tout-à-fait impossible la résection de la tête du fémur.

L'inflammation de l'articulation du genou, *tumeur blanche, gonalgie, gonarthrocace*, l'une des plus fréquentes, est, en quelque sorte, celle que presque tous les auteurs donnent comme le type de ce qu'ils ont appelé tumeur blanche des articulations. La période d'invasion débute quelquefois par un gonflement brusque qui a lieu pendant la nuit, gonflement quelquefois indolent, plus souvent douloureux; d'autres fois, c'est une douleur vive sans gonflement; dans presque tous les cas, il y a flexion forcée et constante de la jambe sur la cuisse, avec contraction des muscles fléchisseurs, et impossibilité d'obtenir des malades qu'ils étendent leur membre, tant est vive l'appréhension de la douleur. Dans la deuxième période, la douleur diminue, mais l'articulation se gonfle généralement; les extrémités articulaires, et surtout les condyles du fémur,

augmentent sensiblement de volume, et dans l'état de flexion du membre, ils font une saillie remarquable en avant. Quelquefois cependant c'est un seul des condyles, d'autres fois c'est le tibia qui est gonflé. La largeur des surfaces articulaires ne permet à la luxation de se faire complètement que dans un très-petit nombre de cas, lorsque le mal est parvenue à sa troisième période. Dans quelques cas cependant, le tibia se luxe complètement en arrière; d'autres fois, il se porte en dedans ou en dehors, selon que la maladie affecte un seul ou les deux condyles de l'un ou l'autre os. La maladie peut alors se terminer par résolution, mais le membre reste dans la flexion, et quoiqu'il ne soit pas ankylosé, les mouvemens qu'il exécute sont si obscurs, qu'ils ne peuvent concourir en rien à ses usages. Dans ce cas, il ne se forme pas, à proprement parler, une pseudo-articulation, la portion de surface articulaire abandonnée perd son poli et disparaît, tandis qu'elle semble s'être étendue du côté où l'os déplacé s'est porté. Lorsque la maladie passe à la quatrième période, les malades peuvent encore guérir par la soudure mutuelle des extrémités articulaires; mais dans le plus grand nombre des cas, ils périssent dans le marasme. L'inflammation des parties articulaires du genou est une des plus graves des maladies de ce genre. C'est autour de la rotule, et sur le condyle du fémur et du tibia, qu'il faut faire les applications de sangsues. Quand on applique les vésicatoires, ordinairement on en place un, dont on entretient la suppuration, sur la rotule même, et on en promène ensuite, autour de l'articulation malade, un plus ou moins grand nombre qu'on fait sécher immédiatement. C'est sur les condyles du fémur et du tibia, de chaque côté des ligamens de la rotule et du tendon du muscle droit antérieur, qu'on applique les moxas et les sétons. Lorsque le mal est jugé au-dessus des ressources ordinaires de l'art, on pratique l'amputation de la cuisse, ou l'on fait la résection des extrémités articulaires du fémur et du tibia. Cette opération a été faite plusieurs fois avec succès.

L'inflammation des os qui composent l'articulation du pied (*podarthrocace*, Rust.) est fort commune. Elle survient le plus souvent à la suite d'une entorse; c'est dire qu'ordinairement elle commence par les ligamens; elle n'offre pas de symptômes particuliers. Le déplacement peut se faire en avant, en arrière, et de côté; c'est plus souvent en arrière qu'il s'opère; mais il n'est jamais complet, vu la grande profondeur de l'articulation: c'est plutôt une tendance au déplacement qu'un déplacement véritable. Onapplique les sangsues, les vésicatoires volans et les moxas tout autour de l'articulation; c'est plutôt au-dessous des malléoles que partout ailleurs qu'on passe les sétons.

Les inflammations des différentes articulations du pied ne présentent rien de remarquable dans leur marche et dans leur traitement; celles du tarse se confondent presque toujours avec l'inflammation des os eux-mêmes: on peut, lorsque la maladie n'a pu être arrêtée, et qu'elle commmence à réagir sur les organes principaux, enlever les os malades en pratiquant l'amputation partielle du pied. Quand la maladie attaque l'un des orteils, on fait l'amputation, si c'est l'articulation de la première avec la seconde phalange qui est malade, dans l'articulation phalango-phalanginienne; si c'est cette dernière qui est affectée, on ampute dans l'articulation métatarso-phalangienne; enfin, si celle-ci est le siége de la maladie, on fait la résection de l'os du métatarse correspondant.

ORDRE SECOND.

IRRITATIONS HÉMORRHAGIQUES OU HÉMORRHAGIES.

De l'hémorrhagie en général.

L'irritation hémorrhagique ou l'hémorrhagie, est encore une des formes assez fréquentes de l'irritation. Elle est beaucoup plus rare cependant que la phlegmasie avec laquelle elle se complique quelquefois; mais dont elle est le plus ordinairement isolée (1).

(1) Il n'est pas question ici des *hémorrhagies traumatiques* des auteurs;

Les causes de l'hémorrhagie diffèrent à peine de celles de l'inflammation. Ainsi la jeunesse et l'âge adulte y prédisposent, les grandes chaleurs, le froid vif et sec, et l'habitation sur des lieux élevés et exposés au nord la favorisent, enfin, l'abus des mets très-excitans, du café, des boissons spiritueuses, les violentes passions, etc., la préparent et la font éclater. On la voit survenir souvent aussi à la suite de la suppression d'un écoulement sanguin habituel, tel que le flux hémorrhoïdal ou les menstrues, et quelquefois après l'omission d'une saignée ou d'une application de sangsues dont on a contracté l'habitude. Mais outre ces causes, elle exige dans les individus qu'elle affecte une de ces conditions inconnues de l'organisation que l'on nomme *prédispositions*. Le tempérament nervoso-sanguin, c'est-à-dire un système artériel très-développé et obéissant avec promptitude et facilité aux excitations nerveuses, paraît surtout constituer cette prédisposition ; et comme on le rencontre plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, c'est aussi chez elles que les hémorrhagies sont plus fréquentes. Une autre cause concourt puissamment, il est vrai, à ce résultat, c'est l'écoulement sanguin périodique auquel les femmes sont assujetties, dont le retard ou la suppression devraient nécessairement entraîner souvent des hémorrhagies supplémentaires. Cette prédisposition est souvent héréditaire. Enfin, aux différentes époques de la vie, on voit les hémorrhagies affecter en général certains organes de préférence : avant la puberté et à cette époque, elles s'opèrent ordinairement par les fosses nasales ; plus tard, par la membrane muqueuse pulmonaire ; chez les adultes, par l'estomac ; dans l'âge viril, par l'anus ; et chez les vieillards, par les voies urinaires. Cette loi n'est pas sans exception : l'hémorrhagie cérébrale par exemple est plus fréquente après quarante ans qu'avant cet âge, mais elle est vraie dans la généralité des cas.

leur histoire appartient à celle des plaies des artères et des veines, dont elles ne sont qu'un symptôme.

Ainsi que toutes les autres irritations, l'hémorrhagie peut être aiguë ou chronique, continue ou intermittente, et, comme elles, elle developpe des sympathies en raison composée de l'irritabilité des individus, de son acuité, et du degré d'influence de l'organe qu'elle occupe. Les signes en sont rarement équivoques, parce que, dans le plus grand nombre des cas, le sang rejeté au dehors ne permet pas d'erreur sur la nature de la maladie : ce n'est que quand le sang exhalé reste comme emprisonné dans l'organe au sein duquel il s'épanche, que le diagnostic peut être douteux ou difficile. Cependant elle présente quelquefois dans les deux cas des signes généraux qui, dans le premier, peuvent la faire prévoir, et, dans le second, facilitent son diagnostic ; il importe donc d'exposer ces signes.

Les hémorrhagies aiguës, surtout lorsqu'elles se manifestent pour la première fois, sont ordinairement précédées par des symptômes de congestion vers les organes qui vont en devenir le siége. Ces symptômes consistent dans un sentiment de tuméfaction, de pulsation, de pesanteur, de chaleur et quelquefois même de douleur ; on a donné le nom de *molimen hemorrhagicum* à cet ensemble de phénomènes morbides. Un frisson marque ordinairement leur invasion ; il est bientôt suivi de chaleur générale, de fréquence, de plénitude et de dureté du pouls ; la pulsation de l'artère semble quelquefois être double (*pouls dicrote*), c'est ce caractère qui, dit-on, fit prédire à Galien une hémorrhagie nasale chez un malade qu'on se disposait à saigner. Enfin, l'hémorrhagie s'opère, et quand elle est modérée, on voit ordinairement diminuer et disparaître les symptômes que nous venons d'énumérer ; lorsqu'au contraire elle est très-abondante, le malade ne tarde pas à pâlir, une sueur abondante, qui finit par devenir froide, couvre le visage ; les extrémités se refroidissent, il survient des tintemens d'oreilles, des éblouissemens, des syncopes au moindre mouvement et quelquefois même des défaillances spontanées ; le pouls qui a perdu de sa plénitude et de sa force à mesure que

le sang a coulé, devient faible, petit, et concentré, sans rien perdre de sa fréquence qui quelquefois même est accrue. Chez quelques individus, il se manifeste des mouvement convulsifs. L'existence de ces signes suffit pour faire reconnaître les hémorrhagies internes.

Quand les hémorrhagies sont chroniques, lorsque surtout elles se sont déjà reproduites plusieurs fois, soit par le même organe, soit par des voies diverses, lorsqu'enfin elles ont affaibli la constitution des malades, on n'observe plus les phénomènes de congestion qui les précèdent dans les circonstances opposées, ni ceux de réaction qui les accompagnent. C'est sur l'absence de ces phénomènes dans certains cas, et sur leur présence dans d'autres, que les auteurs se sont fondés pour établir la distinction des hémorrhagies en *actives* et en *passives*; les premières dépendant, suivant eux, d'un état d'éréthisme ou d'irritation des vaisseaux capillaires par lesquels le sang s'échappe, ou d'une trop forte impulsion communiquée à ce liquide par le cœur, et les secondes produites au contraire par le relâchement, la faiblesse, l'atonie, les baillemens de ces mêmes vaisseaux. Mais cette distinction n'est pas fondée, et l'hémorrhagie ne change pas ainsi de nature pour être ou n'être pas accompagnée de symptômes locaux et généraux d'excitation. N'observe-t-on pas cette même différence entre les inflammations aiguës et les inflammations chroniques, et ne s'accorde-t-on pas généralement à n'y voir qu'une différence de degré et non de nature? Le flux menstruel s'accompagne de phénomènes marqués de congestion chez la plupart des femmes, tandis que chez quelques-unes il a lieu sans le plus léger signe d'excitation; n'est-il donc un phénomène *actif* que chez les premières, et faut-il le regarder comme *passif* chez les secondes? Ne voit-on pas tous les jours une hémorrhagie qui offre à son début des phénomènes incontestables d'augmentation de l'action organique, cesser peu à peu, et à mesure qu'elle se prolonge, d'en être accompagnée, et finir même par n'en

plus présenter la moindre trace? N'est-ce pas ainsi même que cela se passe dans la grande majorité des cas, et faut-il donc croire que la plupart des hémorrhagies, *actives* au début, finissent par devenir *passives*, après avoir passé par un état intermédiaire auquel il faudra aussi nécessairement donner un nom? Ces opinions n'ont plus de crédit aujourd'hui; M. Broussais en a depuis long-temps démontré la fausseté. Il n'y a de réellement passives parmi les hémorrhagies, que celles qui s'opèrent dans le scorbut sous les tégumens ou sur les membranes muqueuses, et celles qui sont produites par les lésions de continuité des vaisseaux sanguins.

Les hémorrhagies affectent souvent le type intermittent; leur durée est variable, elle peut être de quelques instans ou de plusieurs années, il est impossible de la déterminer d'une manière générale. Chez quelques individus, il s'établit des hémorrhagies qui deviennent nécessaires au maintien de la santé, tels sont certains flux hémorrhoïdaux, l'épistaxis. Dans quelques cas même, une hémorrhagie spontanée fait cesser une maladie grave (*hémorrhagies critiques*). Mais dans le plus grand nombre des circonstances, les hémorrhagies constituent, comme nous l'avons dit, des états morbides plus ou moins graves. Il est rare toutefois que les hémorrhagies externes soient funestes et surtout qu'elles le soient immédiatement; c'est presque toujours à des phlegmasies qui viennent s'y joindre que les individus succombent; celles qui se font à l'intérieur des organes offrent en général au contraire la plus grande gravité et entraînent quelquefois la mort instantanée.

Les caractères anatomiques des hémorrhagies présentent des différences, suivant que le sang a pu s'échapper au dehors ou qu'il est resté emprisonné au sein de l'organe. Quelquefois le malade succombe à l'épuisement lent ou rapide qu'entraîne la perte du sang, et l'organisation du tissu par où s'est faite l'hémorrhagie n'est pas altérée d'une manière appréciable; le seul signe anatomique que présente alors le cadavre, est une déco-

loration plus ou moins marquée des principaux tissus. D'autres fois, on trouve des traces de congestion, qui diffèrent de celles des phlegmasies en ce qu'elles offrent l'aspect des ecchymoses, et qui consistent en des plaques d'un rouge brun à leur centre, et dont l'intensité de coloration va décroissant graduellement vers la circonférence. Mais le plus ordinairement, les lésions cadavériques ne présentent rien de particulier aux hémorrhagies et consistent uniquement dans des traces d'inflammation. Il ne faut pas conclure de ce fait, que les hémorrhagies ne sont dans le plus grand nombre des cas que des symptômes de phlegmasie; si l'on rencontre aussi souvent les traces de ce dernier mode d'irritation sur les cadavres des individus qui ont eu des hémorrhagies fréquentes, c'est parce que, comme nous l'avons déjà dit, ces individus succombent presque toujours à des inflammations et rarement à l'hémorrhagie. On rencontre quelquefois des vaisseaux érodés, ulcérés ou rompus, mais dans ces cas, l'hémorrhagie a presque toujours été rapidement funeste; elle n'est évidemment plus de la nature de celles qui nous occupent. Enfin, quand le sang n'a pu s'échapper au dehors, ou bien l'organe présente des traces d'inflammation ou de congestion, ou bien sa substance est détruite et comme brisée dans une certaine étendue par l'abord du sang, et dans tous les cas, la présence de ce liquide fait partie du caractère anatomique de la lésion. On le trouve liquide ou en caillots, pur ou mêlé à d'autres liquides, libre ou enkysté.

Le traitement des hémorrhagies repose sur les mêmes bases que celui des inflammations. Les boissons rafraîchissantes, les émissions sanguines et les révulsifs en constituent les principaux moyens. Cependant il est encore un choix à faire parmi ces moyens; c'est ainsi que les boissons froides et acidules sont plus efficaces contre les hémorrhagies que contre les phlegmasies, et doivent, par conséquent, obtenir la préférence sur les autres liquides; que les médicamens à propriétés astringentes et styptiques y sont plus particulièrement indiqués, et que les topiques

réfrigérans, la glace même, y sont beauconp plus utiles que dans les inflammations. Enfin, en raison de leur existence fréquente, sous forme intermittente, elles cèdent souvent au quinquina et aux médicamens qui jouissent des mêmes propriétés anti-périodiques.

HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME CELLULAIRE.

Considérations générales.

Le tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux, sous-séreux et inter-musculaire, est quelquefois le siége d'hémorrhagies spontanées. C'est dans le premier siége seulement qu'elles peuvent être constatées pendant la vie; elles sont connues sous le nom d'*ecchymoses spontanées*.

Nous ne consacrerons pas un article spécial à la description de chacune de ces hémorrhagies, nous dirons seulement ici que les hémorrhagies sous-cutanées se forment ordinairement chez des individus sanguins, pléthoriques, habitués ou disposés à des hémorrhagies; elles se montrent le plus communément à la face, et particulièrement aux paupières et au front; presque toujours, dans ce cas, elles sont accompagnées d'une congestion semblable dans le tissu cellulaire qui unit la conjonctive à la sclérotique. Toutes les parties du corps peuvent au reste en être le siége. Ces hémorrhagies n'offrent par elles-mêmes aucune gravité, mais elles annoncent une disposition marquée à des congestions qui, si elles viennent à s'opérer sur un organe important, peuvent avoir une issue funeste. Il importe donc de combattre cette disposition, et l'on y parvient aisément par une ou plusieurs saignées, et par un régime peu nourrissant et peu stimulant.

HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME NERVEUX.

Considérations générales.

Les irritations hémorrhagiques du système nerveux sont assez fréquentes dans le cerveau, beaucoup moins dans le cervelet, et extrêmement rares dans la moelle épinière ; et encore, lorsque cette dernière portion du système nerveux en est le siége, l'épanchement sanguin occupe presque toujours l'épaisseur de la protubérance annulaire. On désigne ces hémorrhagies par le nom générique d'*apoplexies*; celle du cerveau est appelée *apoplexie cérébrale* ; celle du cervelet, *apoplexie cérébelleuse*, et celle de la moelle, *apoplexie rachidienne*. On a donné au mot *apoplexie* une acception beaucoup plus étendue que celle que nous lui donnons ici, et par cela même trop vague. Il est utile de le restreindre, comme l'a proposé, le premier, M. Rochoux (1), à n'exprimer que l'hémorrhagie du système nerveux, en y joignant les épithètes ci-dessus pour en indiquer le siége.

Les hémorrhagies du système nerveux sont très-graves; la mort en est la suite ordinaire et souvent instantanée.

De l'apoplexie cérébrale.

On a beaucoup multiplié les espèces d'apoplexie. Sa nature étant mieux précisée, on ne doit plus la diviser qu'en *faible* et en *forte*. C'est la première que les auteurs désignent par les noms de *coup de sang*, *congestion cérébrale*, lorsqu'elle est continue, et de *fièvre intermittente pernicieuse apoplectique*, *soporeuse*, lorsqu'elle est intermittente. C'est la seconde qu'ils ont nommée *apoplexie sanguine*, *hémencéphale*.

(1) *Recherches sur l'apoplexie*, etc. Article Apoplexie du *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes.

Causes. Toutes les irritations encéphaliques peuvent aboutir à l'apoplexie (1); on doit donc ranger ces irritations parmi les causes de cette hémorrhagie. Il faut y joindre l'âge avancé, la pléthore habituelle, les passions vives, les veilles prolongées, les études opiniâtres, l'usage des narcotiques, les percussions du crâne, l'oisiveté, les bains trop chauds, les vomitifs, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, l'omission d'une saignée, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et surtout les stimulations de l'estomac (2). M. Bouillaud a cherché à prouver que l'inflammation des artères cérébrales était une des causes les plus fréquentes de cette hémorrhagie (3). Cette opinion ne nous paraît pas suffisamment démontrée, parce que nous ne pensons pas, avec notre estimable confrère, que les dégénérations cartilagineuses, osseuses, crétacées, soient des signes incontestables d'inflammation; mais les faits qu'il rapporte sont de nouvelles preuves que l'apoplexie est quelquefois l'effet de la rupture des artères cérébrales. La plupart de ces causes suffisent pour la produire immédiatement; quelques-unes y prédisposent seulement.

Symptômes. L'invasion de l'apoplexie est quelquefois annoncée par quelques symptômes précurseurs, tels que tintemens d'oreilles, vertiges, étourdissemens, douleurs de tête, penchant au sommeil, une sorte d'état d'ivresse, l'affaiblissement de la vue, de l'ouïe, de la mémoire, du jugement; embarras dans la prononciation, affaiblissement des membres d'un côté du corps, fourmillemens, inquiétudes, et même légères secousses convulsives. Tout individu qui, placé sous l'influence de l'une ou de plusieurs des causes que nous avons énumérées, éprouve quelques-uns des symptômes

(1) Broussais, 2e *Examen*, propos. CXXVIII.

(2) Voyez Richond, *De l'influence de l'estomac sur la production de l'applexie.*

(3) *Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris*, tom. 9, p. 147 et suiv.

ci-dessus, doit craindre une attaque d'apoplexie et tout faire pour la prévenir. Cependant ils ne sont pas toujours suivis de ce fâcheux résultat; mais, dans le plus grand nombre de cas, l'apoplexie survient brusquement; et voici les symptômes qui qui lui sont propres.

Lorsqu'elle est légère, qu'il n'y a que simple *congestion, coup de sang*, le malade perd tout-à-coup connaissance, et tombe comme dans l'apoplexie forte; ses membres sont flasques, tout un côté du corps est quelquefois paralysé; la face est rouge, gonflée; le pouls est plein, fort et développé; la respiration est rarement stertoreuse. Cet état se dissipe ordinairement en cinq à six heures au plus; le malade revient à lui; il accuse alors un mal de tête, quelquefois un trouble de la vue; il éprouve quelque difficulté à articuler les mots, et il ressent dans tous les membres, ou dans un seul côté, des fourmillemens ou de la faiblesse; quelquefois une moitié du corps est complètement paralysée. Au bout de quelques heures, ces symptômes ont souvent encore diminué d'intensité, et fréquemment ils sont dissipés en six ou huit jours (1). On sent bien qu'il n'est pas possible d'établir de ligne de démarcation entre ce degré d'apoplexie et le plus élevé, ni de distinction tranchée dans leurs symptômes.

Lorsque l'apoplexie est forte, le malade tombe comme frappé de la foudre; il perd immédiatement connaissance; tout un côté du corps est en général frappé de paralysie, la parole est presque toujours impossible; la moitié de la langue est paralysée, et lorsque le malade la sort, sa pointe se dirige du côté de l'hémiplégie; la commissure des lèvres est ordinairement abaissée de ce même côté; les pupilles, tantôt dilatées, tantôt contractées, sont constamment immobiles, et la figure porte un air d'étonnement remarquable (Rochoux). La perte de connaissance n'est pas toujours complète; la paralysie est

(1) Rochoux, article Coup de sang du *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes.

quelquefois bornée à un bras ; l'épanchement occupe alors la couche optique du côté opposé. Dans quelques cas rares, la paralysie s'étend au contraire à tous les muscles soumis à l'empire de la volonté. A ces symptômes constans et caractéristiques on peut ajouter les suivans, mais qui sont très variables. Le pouls est ordinairement développé, mais sans fréquence, parfois il est rare, dans quelques cas fréquent, chez quelques-uns, fort, plein et dur, et chez d'autres petit et faible : la respiration est le plus souvent stertoreuse, mais elle n'éprouve fréquemment aucun dérangement ; la face est tantôt d'une pâleur extrême, verdâtre, jaune, livide, et tantôt rouge, violette et bouffie ; enfin, les urines et les matières fécales sont involontairement excrétées ou retenues. Rappelons ici le caractère fondamental assigné par M. Lallemand à l'apoplexie, savoir, *paralysie subite sans symptômes spasmodiques*.

Marche, durée, terminaisons et pronostic. Nous avons déjà indiqué la marche et la durée de l'apoplexie légère ; l'apoplexie forte tue quelquefois subitement, ce qui la fait appeler alors *foudroyante* ; le plus communément elle n'est suivie de la mort qu'au bout de trois et quatre jours. Il est rare qu'elle dépasse le terme de huit à neuf jours, sans qu'il s'opère alors un amendement plus ou moins considérable dans les symptômes, portant surtout sur le retour de l'intelligence et de la parole ; mais cette amélioration ne conduit pas souvent à la guérison complète, et le plus fréquemment la maladie passe à l'état chronique. La perte de la mémoire, l'affaiblissement ou l'abolition complète des facultés intellectuelles, une hémiplégie incurable, l'excrétion involontaire des matières fécales et des urines, telles sont les infirmités qu'elle laisse après elle. Souvent aussi, après un temps plus ou moins long, la substance du cerveau s'enflamme autour du noyau apoplectique, et le malade succombe avec les symptômes de la cérébrite.

Caractères anatomiques. On rencontre, à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à l'apoplexie, un

épanchement de sang dans l'hémisphère cérébral opposé à la paralysie, au sein de la substance du cerveau, ramollie et détruite. Quand l'apoplexie a duré pendant quelque temps, il existe quelquefois un kyste autour du caillot; enfin lorsqu'elle est très ancienne, le sang est résorbé, et la caverne qui le contenait se cicatrise (1). On trouve alors les traces de la cicatrice, consistant dans des brides celluleuses et vasculaires entre-croisées, formant des aréoles, et contenant un liquide ichoreux, roussâtre, etc., reste du sang épanché. Dans quelques cas, les parois de l'ancienne caverne sont seulement rapprochées, mais non réunies par des brides celluleuses et vasculaires. Enfin on rencontre quelquefois une rupture de l'une des artères principales du cerveau, telle que la carotide interne, l'artère basilaire, et alors le sang est étendu comme en nappe à la base du crane, et forme un caillot peu épais qui se moule sur les enfoncemens et les saillies que présente cette partie de la boîte osseuse qui protège l'encéphale. Ces artères sont quelquefois anévrismatiques, ossifiées ou revêtues de substance calcaire dans une étendue plus ou moins considérable; leur membrane interne est quelquefois rouge (2). On conçoit que, s'il existait des symptômes particuliers qui pussent faire distinguer cet épanchement sanguin de la véritable apoplexie par exhalation, il constituerait une maladie spéciale qu'il faudrait décrire séparément.

Traitement. Lorsqu'un individu est disposé par sa constitution à l'apoplexie, ou qu'il en a déjà ressenti quelques prodromes, on doit lui recommander la plus grande sobriété, l'abstinence de tous les spiritueux, l'usage d'alimens exclusivement tirés du règne végétal, les distractions et l'exercice. Il est utile aussi qu'il se maintienne le ventre libre, les pieds chauds, la tête fraîche; et si une attaque paraît imminente, il faut en toute hâte pratiquer une saignée. Lorsque l'apoplexie

(1) Rochoux, *ouvrage cité*.
(2) Bouillaud, *Mémoire cité*.

a lieu, le traitement ne diffère pas de celui de l'inflammation du cerveau ; les saignées générales, les sangsues derrière les oreilles et aux tempes, les sinapismes, les pédiluves chauds, les lavemens purgatifs et l'application de la glace sur la tête, en font la base. Quand la maladie est passée à l'état chronique, le malade doit être mis au régime que nous avons conseillé comme préservatif, afin de prévenir les rechutes qui sont toujours imminentes, ou l'inflammation de la substance cérébrale qui entoure la matière de l'épanchement.

Apoplexie cérébrale intermittente.

Les maladies décrites jusqu'ici sous les noms de *fièvres intermittentes pernicieuses*, *comateuses*, *carotiques*, *soporeuses*, *léthargiques* et *apoplectiques*, ne sont autre chose que des apoplexies cérébrales intermittentes. Il est très-probable que, dans les premiers accès, il n'y a que congestion forte et pas encore hémorrhagie, mais lorsque la mort a lieu, ce qui arrive souvent au troisième accès, il est permis de penser que du sang s'est épanché dans la substance cérébrale. C'est au reste un point de la science sur lequel on ne possède aucun fait d'anatomie pathologique. Les causes de l'apoplexie cérébrale intermittente sont toutes celles de l'apoplexie continue agissant d'une manière intermittente, mais elle se développe principalement sous l'influence des miasmes marécageux. Un frisson plus ou moins violent précède toujours l'assoupissement, la perte de la sensibilité et des mouvemens volontaires, et l'accès se termine par la sueur. Cette affection est presque toujours mortelle. Les saignées et les révulsifs pendant les accès, et le quinquina dans les intervalles, sont les seuls moyens à lui opposer.

De l'apoplexie cérébelleuse.

Cette hémorrhagie n'est encore connue que par un mémoire de M. Serres, inséré au journal de M. Magendie (1). Les causes paraissent être les mêmes que celles de l'apoplexie cérébrale, mais l'ivresse et surtout les excès vénériens sont les plus ordinaires; il est probable que les percussions sur la région occipitale pourraient aussi la produire. La plupart de ses symptômes lui sont également communs avec l'apoplexie, mais il résulte des observations de M. Serres, qu'elle s'accompagne très-souvent en outre, de priapisme intermittent, avec éjaculation dans quelques cas, et presque toujours avec chaleur, rougeur et tuméfaction permanentes des parties génitales. Les deux faits que nous avons cités en traitant de la cérébellite tendent à nous faire croire que le *mutisme, sans perte de l'intelligence*, est aussi un symptôme de l'hémorrhagie ou de l'inflammation du cervelet. Les caractères anatomiques de cette affection ne diffèrent pas de ceux de l'apoplexie cérébrale, et soit qu'on ne parvienne jamais à la distinguer de celle-ci pendant la vie, soit que l'on y arrive un jour, le traitement reposera toujours sur les mêmes bases. Il nous semble cependant qu'il serait avantageux de diriger des antiphlogistiques contre l'état d'excitation des parties génitales : une sympathie aussi forte doit nécessairement réagir sur l'irritation cérébelleuse qui la provoque, et peut-être ne serait-il pas sans utilité d'attaquer en même temps l'irritation dans ces deux siéges.

De l'apoplexie rachidienne.

Cette hémorrhagie est encore plus rare que la précédente. Elle est le plus ordinairement l'effet de la rupture des vertè-

(1) *Journal de physiologie expérimentale et pathologique*, tom. II, p. 172 et suivantes, et pag. 246 et suiv.

bres, de la déchirure des membranes et de la lésion de la moelle par une violence extérieure; mais, dans ces cas, le sang est ordinairement épanché entre les lames des vertèbres et la dure-mère, ou dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne, et dès lors l'hémorrgagie n'est plus qu'un symptôme de la lésion de continuité (voyez cette classe de maladies), et ne doit pas par conséquent nous occuper ici. L'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne, qui dépend de l'inflammation de cette membrane, n'est également qu'un symptôme dont il a été question ailleurs; nous ne devons donc parler ici que de celle qui s'opère dans la pulpe même de la moelle, d'une manière spontanée, et sans lésion de continuité préalable.

Nous avons déjà dit que cette hémorrhagie avait presque toujours lieu dans l'épaisseur de la protubérance annulaire: du moins on ne l'a jusqu'à ce jour observée qu'une seule fois dans la longueur de la moelle. M. Serres en a rapporté plusieurs exemples dans l'*Annuaire des hôpitaux* (1819), et les symptômes de l'apoplexie forte se sont toujours montrés, dès le premier instant de l'attaque, avec cette particularité, que la paralysie frappe à la fois d'immobilité le tronc et les membres thoraciques et abdominaux. A l'ouverture des cadavres, on trouve la protubérance annulaire déchirée, et un épanchement sanguin à la base du crâne et dans le commencement du canal rachidien. Un fait communiqué à M. Olivier (1), par M. Pinel-Grandchamp, ne laisse aucun doute sur la possibilité de la résorption du sang, quand l'épanchement est peu considérable. La guérison de cette maladie est donc possible. Le traitement est le même que celui des autres apoplexies. Dans l'exemple d'apoplexie de presque toute la moelle, observé par M. Gaultier de Claubry, et consigné dans le *Journal général de médecine* et dans l'ouvrage cité de M. Olivier, la

(1) *Ouvrage cité*, pag. 262 et suivantes.

mort survint en quelques heures, et l'on trouva la moelle, depuis la partie inférieure du sacrum jusqu'à la troisième ou deuxième vertèbre dorsale, convertie en une bouillie rougeâtre, comme du sang de bœuf, diffluente, et n'offrant plus aucune trace d'organisation dans toute cette étendue.

HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME DERMOIDE.

Considérations générales.

Les hémorrhagies cutanées sont assez rares, et c'est sans doute à la présence de l'épiderme, qui oppose une barrière efficace à l'issue du sang dans les nombreuses congestions auxquelles cette enveloppe est exposée, qu'est dû leur peu de fréquence. Il nous semble, en effet, que les pétéchies, les taches rouges qui surviennent d'une manière presque subite, certaines vergetures très-douloureuses qu'on observe sur les jambes de quelques femmes enceintes, sont autant d'efforts hémorrhagiques. Le fait suivant nous paraît devoir être rapporté à la même cause. Une dame, en apprenant une mauvaise nouvelle dans le moment où elle avait ses règles, devint subitement toute noire ; ses règles se supprimèrent immédiatement. Depuis cette époque, les menstrues n'ont pas reparu, mais la peau a repris peu à peu sa couleur naturelle.

Toutes les parties de la peau peuvent devenir le siége d'une hémorrhagie. On en a vu s'opérer par la peau d'un doigt, d'une main, de la face, d'un sein, de la région du foie, et quelquefois par des surfaces plus étendues. Des phénomènes de congestion, tels que le gonflement, la chaleur et la rougeur de la peau, précèdent ordinairement l'effusion du sang. C'est presque toujours comme supplémentaires du flux menstruel supprimé qu'on a observé ces hémorrhagies ; aussi apparaissent-elles le plus ordinairement sous forme périodique ; nous n'avons pas besoin d'ajouter que les femmes en offrent un bien

plus grand nombre d'exemples que les hommes. Quelques auteurs parlent de *sueurs de sang;* mais ces faits ne nous paraissent pas bien avérés. Les causes presque constantes des hémorrhagies cutanées sont les affections morales vives, et parmi elles, la frayeur est la plus puissante. Il en est quelques-unes qui dépendent de certaines gastro-entérites très-violentes (*fièvre jaune*); enfin, quelques autres sont symptomatiques du *scorbut* (voyez *Altérations du sang*); ni les premières ni les secondes ne doivent nous occuper en ce moment.

Le traitement des hémorrhagies cutanées n'offre rien de particulier, si ce n'est l'indication de rappeler le flux menstruel qu'elles remplacent si souvent. Lorsqu'elles deviennent trop abondantes cependant, on peut les combattre par les styptiques et les astringens apliqués froids sur la partie par laquelle le sang s'échappe; il est quelquefois besoin même d'avoir recours à la compression. Si ces moyens échouaient, on ne devrait pas balancer, dans un danger pressant, à employer la cautérisation. Quant à ces efforts hémorrhagiques avortés dont nous avons parlé, le meilleur moyen à leur opposer est la saignée; il réussit surtout très-bien contre les vergetures des jambes chez les femmes enceintes.

Il existe une hémorrhagie cutanée qui réclame une description particulière; c'est celle qui est généralement connue sous le nom de *maladie tachetée hémorrhagique de Werlhof*. Mais elle nous paraît trop s'éloigner par sa nature de la classe des irritations pour trouver place ici; nous renvoyons son histoire parmi celles des altérations du sang.

HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME MUQUEUX.

Considérations générales.

Aucun tissu n'offre autant d'exemples d'irritations hémorrhagiques que les membranes muqueuses. Dans ce seul système, en effet, elles sont plus fréquentes que dans tous les autres réunis. C'est à leur surface que l'on observe ces hémorrhagies que nous avons dit être nécessaires à l'entretien de la santé : le flux menstruel chez les femmes, le flux hémorrhoïdal et l'épistaxis chez certains individus. C'est par elles aussi que s'opèrent presque constamment les hémorrhagies que les anciens appelaient *critiques*, et dont l'apparition est souvent suivie de la guérison des maladies pendant le cours desquelles on les voit se manifester. Enfin, c'est par elles qu'ont lieu presque toutes les hémorrhagies morbides. La grande vitalité de ces membranes, le peu de densité de leur tissu, la facilité avec laquelle le sang les pénètre, le grand nombre de vaisseaux sanguins qui les parcourent, enfin et surtout la disposition de ces vaisseaux qui, rampant presque à nu à leur surface, expliquent suffisamment la facilité et la fréquence des hémorrhagies qu'on y remarque. Ces causes nous expliquent aussi pourquoi l'effusion du sang à leur surface se fait presque toujours sans rupture, sans déchirure de tissu, par une sorte d'*exhalation*, comme l'observe Bichat, et par conséquent pourquoi il n'y a pas de lésions cadavériques qui leur soient propres. Ceux de l'afflux du sang s'y font seuls remarquer quelquefois.

Tout ce que nous avons dit dans nos généralités sur les hémorrhagies, est donc essentiellement applicable à celles des membranes muqueuses ; nous ne le reproduisons pas ici, ce serait nous répéter sans nécessité.

Les diverses portions des membranes muqueuses que nous avons vues pouvoir être atteintes isolément d'inflammation, peuvent aussi devenir le siége d'irritations hémorrhagiques. Mais la

plupart des effusions sanguines qui s'y manifestent sont instantanées, passagères, et très-souvent symptomatiques de l'inflammation de la partie ; telles sont les hémorrhagies de la conjonctive, de l'oreille, de la bouche, du pharynx, du larynx, etc.; celles-là ne doivent pas nous occuper. Les seules que nous devions étudier sont : celles du nez, ou la *rhinorrhagie ;* celle de la muqueuse pulmonaire ou la *pneumorrhagie ;* celle de l'estomac ou la *gastrorrhagie ;* du rectum, ou *proctorrhagie ;* de la vessie ou *hématurie ;* enfin, celle de l'utérus ou *métrorrhagie.* L'hémorrhagie de l'intestin grêle est presque toujours et peut-être toujours un symptôme de gastro-entérite violente ; il en est de même de celle du gros intestin ; la dysenterie en est la preuve.

De la rhinorrhagie ou épistaxis.

On nomme *rhinorrhagie*, et plus communément *épistaxis*, tout écoulement de sang par les narines. Cette hémorrhagie constitue rarement un état morbide ; ce n'est que par sa continuité et sa quantité qu'elle peut altérer la santé. Modérée et passagère, elle est souvent avantageuse à l'individu ; quelquefois même elle est le moyen de guérison spontanée des maladies.

Causes. Un tempérament sanguin, l'état de pléthore, et l'âge de la puberté, prédisposent à cet écoulement sanguin. Il est ordinairement produit par l'insolation ou le séjour dans un lieu très-échauffé, l'étude prolongée, les veilles, les passions amoureuses, les liqueurs excitantes et principalement le café, les exercices violens, et enfin tout ce qui peut irriter directement la membrane muqueuse nasale, comme les poudres sternutatoires, les coups, les chutes sur cette partie, etc.

Symptômes. Les phénomènes de congestion locale précèdent souvent l'épistaxis ; d'abord l'individu éprouve des frissons et le refroidissement des pieds et des mains, bientôt la face se

gonfle, s'anime et rougit, quelquefois d'un seul côté; la tête devient lourde, pesante et quelquefois douloureuse, les yeux s'injectent et étincellent, le malade éprouve des vertiges et des éblouissemens; les artères carotides et temporales battent avec force; il survient de la tension, de la chaleur et du prurit dans les fosses nasales, l'accablement est considérable; le pouls, d'abord vif et dur, puis large, plein et dicrote, conserve ces derniers caractères; enfin, un sang vermeil et qui se coagule promptement s'écoule des narines goutte à goutte ou par un filet continu. A mesure que le sang coule, le malade se sent soulagé, tous les symptômes de la congestion locale s'évanouissent, et un état de bien-être général ne tarde pas à les remplacer.

On ne trouve pas toujours tous ces symptômes réunis dans les hémorrhagies nasales. Plus le sujet est sanguin, pléthorique, irritable et la congestion forte, et plus les phénomènes que nous avons décrits sont marqués; ils peuvent manquer entièrement, au contraire, si l'individu est faible et n'a que peu de sang. Entre ces deux extrêmes, on conçoit une foule de degrés et de différences qui se dérobent aux descriptions.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. L'épistaxis revient souvent d'une manière périodique; elle ne peut presque jamais d'ailleurs être continue et de longue durée, parce qu'on emploie les moyens propres à l'arrêter aussitôt qu'elle devient trop considérable; le plus ordinairement elle s'arrête même spontanément. Quelquefois cependant, malgré tous les efforts, on ne peut parvenir à réprimer l'écoulement du sang, et la mort en est la suite; ces cas sont heureusement fort rares. Nous avons déjà dit que cette hémorrhagie était plus fréquemment avantageuse que nuisible. En effet, tant qu'elle se maintient dans de justes bornes, elle est toujours suivie d'un sentiment de bien-être chez les individus pléthoriques, et surtout dans la jeunesse et l'adolescence; elle dissipe promptement des céphalalgies et des congestions cérébrales quelquefois opiniâtres; elle

guérit même en peu d'instans des phlegmasies de l'encéphale, des poumons, des voies digestives, etc. Faut-il croire, avec quelques médecins, que pour produire cet heureux effet, l'écoulement du sang par les narines doive être naturel et non provoqué par l'art? Nous ne le pensons pas, et nous nous étontons que l'on ne se soit pas encore livré à des expériences sur le degré d'utilité des évacuations sanguines provoquées par cette voie. On a nommé critiques les hémorrhagies nasales, faisant ainsi disparaître des inflammations viscérales. Chez les sujets très-affaiblis, ou affectés d'une maladie chronique avec désorganisation, ou de scorbut parvenu au second degré, l'épistaxis est toujours grave, mais elle ne l'est que dans ces cas, ou bien lorsqu'elle devient excessive. Nous connaissons un homme qui est sujet depuis un grand nombre d'années à des épistaxis fréquentes, qui durent quelquefois cinq à six jours, et contre lesquelles l'art est impuissant. Elles ont toujours lieu par la narine droite; le père et le grand-père ont été toute leur vie affectés de la même hémorrhagie par la même narine.

Traitement. Lorsqu'on juge nécessaire d'arrêter une hémorrhagie nasale, on commence par exposer le malade au frais, on le fait tenir debout ou assis, et la tête non penchée : puis on applique des linges trempés dans l'oxycrat froid sur le front, aux tempes, autour du nez, aux cuisses, sur le scrotum, et en même temps on fait boire des boissons telles que la limonade sulfurique nitrée et à la glace. Si cela ne suffit pas, on y joint l'emploi de pédiluves et de manuluves très-chauds et sinapisés. Il est rare que l'hémorrhagie ne cède pas à ces deux ordres de moyens combinés. Cependant on ne réussit pas toujours; il faut essayer alors de faire renifler au malade uue solution astringente, celle de sulfate d'alumine par exemple. Si l'individu était sanguin et pléthorique, et que l'hémorrhagie s'accompagnât de symptômes de congestion, une saignée du bras ou du

pied serait à préférer à tous les autres moyens. Enfin, lorsque tous les moyens que nous venons d'indiquer sont impuissans pour arrêter l'hémorrhagie, il faut avoir recours au tamponnement des fosses nasales. A cet effet, on prépare deux bourdonnets de charpie assez forts pour boucher hermétiquement les ouvertures antérieure et postérieure de ces cavités. L'un de ces bourdonnets est attaché à un fil ciré, très-fort et double, et à un fil moins fort et simple ; c'est celui qui doit boucher la narine postérieure. Pour l'y conduire, on se sert de divers instrumens ; le plus connu est la sonde de Bellocq, qui n'est autre chose qu'une canule d'argent légèrement recourbée, dans laquelle passe un ressort de montre terminé par un bouton aussi en argent, et percé d'une ouverture. Cet instrument est poussé d'avant en arrière, le long du plancher de la fosse nasale qu'on veut boucher ; lorsqu'il est parvenu dans la partie supérieure du pharynx, on pousse le ressort, qui, par l'effet de la courbure et de l'élasticité qui lui sont propres, contourne le voile du palais, et vient présenter son bouton dans la cavité buccale. Ce bouton étant saisi et amené à l'extérieur, on y attache les deux extrémités du fil double. On fait rentrer le ressort dans la canule, et celle-ci est retirée, ramenant avec elle le fil par l'ouverture antérieure de la narine. On saisit alors ce fil, et tandis que l'on tire sur lui, et par conséquent sur le bourdonnet, les doigts indicateur et médius gauches servent à conduire celui-ci jusque derrière le voile du palais, et à l'appliquer convenablement contre l'ouverture postérieure des fosses nasales. Le fil simple qu'on laisse pendant hors de la bouche, et qui ordinairement ne sert que pour retirer le bourdonnet quand il est devenu inutile, peut servir à le retirer momentanément pour le replacer, s'il n'est pas appliqué comme il doit l'être. La sonde de Bellocq est un instrument ingénieux, mais que l'on peut facilement remplacer par une sonde de gomme élastique, par une tige de baleine ou par tout autre corps long et flexible, que l'on introduit de la même manière par une narine,

et qu'on va chercher avec le doigt ou avec une pince pour le faire sortir par la bouche, dès qu'il devient apparent au dessous du voile du palais. On peut même tout simplement attacher le fil double à l'extrémité du doigt indicateur gauche, et après l'avoir porté a l'aide de ce doigt, aussi haut que possible, derrière le voile du palais, aller le saisir avec une pince droite portée dans la narine. De quelque manière qu'on ait placé le tampon postérieur, lorsqu'il est solidement appliqué sur l'ouverture pharyngienne de la fosse nasale, on écarte les deux chefs du fil double, on place entre eux le second bourdonnet, sur lequel on les noue assez fortement, pour que les deux corps, tendant à se rapprocher, bouchent chacun hermétiquement l'ouverture à laquelle il correspond. Lorsqu'on veut enlever le tamponnement, il suffit de couper le nœud qui retient le bourdonnet antérieur, et, après avoir retiré ce bourdonnet, de ramener par la bouche celui qui est en arrière, en se servant pour cela du fil simple, qui, pendant tout le temps que l'appareil est resté appliqué, a dû être placé vers une des commissures des lèvres et attaché au bonnet du malade. Il est inutile de dire que ce pansement, qui n'agit que sur les ouvertures, n'arrête l'hémorrhagie que lorsque la cavité est assez remplie de sang pour ne pouvoir en admettre davantage.

De la pneumorrhagie ou hémoptysie.

L'expectoration du sang a reçu les noms de *pneumorrhagie* et d'*hémoptysie*; quand elle n'est pas l'effet instantané d'une violence extérieure ou celui d'un obstacle à la circulation, elle dépend toujours de l'irritation de la membrane muqueuse pulmonaire. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Causes. Les mêmes causes qui produisent la pneumonite chez la plupart des hommes, occasionent l'hémoptysie chez quelques-uns. Il faut donc une prédisposition pour contracter cette

affection. En quoi consiste-t-elle? On l'ignore. Mais on a remarqué que la même conformation extérieure qui prédispose à la phthisie pulmonaire, jointe à un caractère irascible et à une grande irritabilité du cœur et du système capillaire sanguin, était la condition appréciable la plus ordinaire de cette prédisposition. Il n'est pas rare cependant de rencontrer des individus qui expectorent du sang, quoique leur poitrine soit large et bombée. C'est principalement chez les adolescens que cela s'observe, à l'époque où les organes pulmonaires prenant un accroissement rapide, deviennent un centre d'activité continuelle qui peut s'élever aisément, et pour la moindre cause, au degré de l'irritation morbide. On l'observe aussi chez les individus affectés d'hypertrophie du ventricule droit du cœur. Dans ce cas, le sang projeté avec trop de force dans l'artère pulmonaire, peut vaincre la résistance des vaisseaux capillaires du poumon, et s'échapper au dehors. Mais ici l'hémoptysie n'est plus qu'un symptôme d'une autre affection, un effet mécanique et non le résultat d'une irritation pulmonaire.

Les femmes sont plus fréquemment affectées d'hémoptysie que les hommes; l'état de grossesse y prédispose. Les coups, les chutes sur la poitrine et les plaies pénétrantes de cette cavité, l'inspiration de vapeurs irritantes et caustiques, les efforts de voix, de chant ou de déclamation, le jeu des instrumens à vent, les grandes opérations, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, telles en sont les causes occasionelles les plus fréquentes.

Symptômes. L'hémoptysie est ou n'est pas précédée des symptômes généraux communs à toutes les hémorrhagies. Dans le premier cas, des frissons, le refroidissement des extrémités, la fréquence, la plénitude et la dureté du pouls, la douleur de tête, la rougeur des pommettes, les vertiges et le tintement des oreilles, en sont les signes précurseurs. Bientôt des phénomènes plus locaux s'y joignent; ce sont: les palpitations, la toux, la dyspnée, les douleurs entre les épaules, un sentiment de cha-

leur, de bouillonnement et de pesanteur dans la poitrine, des douleurs vagues et quelquefois fixes dans un point de cette cavité, une sensation de chatouillement et de picotement au larynx ou à la bifurcation des bronches, et un goût de sang dans la bouche. Enfin le malade tousse, expectore et crache du sang vermeil et écumeux, pur ou mêlé de mucosités, et plus ou moins abondant. La quantité en est quelquefois effrayante et jette l'individu dans un abattement extrême. Ces hémorrhagies se renouvellent à des intervalles plus ou moins rapprochés; chaque fois les symptômes généraux et ceux de congestion locale sont moins marqués; enfin la toux et la dyspnée accompagnent seules l'hémoptysie, quelquefois même elles sont à peine sensibles; c'est alors que les auteurs disent que l'hémorrhagie est *passive*. Mais elle n'a pas changé de nature en perdant son intensité, elle est seulement arrivée au degré le plus bas de l'irritation, et la membrane muqueuse pulmonaire, contractant de plus en plus l'aptitude à exhaler du sang, laisse échapper ce fluide avec plus de facilité de jour en jour. Tous les degrés qu'on peut supposer entre le plus élevé et le moindre existent dans la nature, et peuvent se présenter à l'observation sans être précédés ou suivis les uns des autres.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Comme toutes les autres hémorrhagies, l'hémoptysie n'est presque jamais continue, mais il est rare qu'elle offre un caractère de périodicité bien tranchée; presque toujours elle est très-irrégulière. Storck rapporte cependant un exemple remarquable d'hémoptysie intermittente tierce, qu'il a guérie avec le quinquina (1). Sa durée est variable à l'infini, depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs années. Il est rare qu'elle soit assez abondante pour faire périr le malade; l'irritation qui l'accompagne constamment finit souvent par entraîner la phthisie pulmonaire. Le pronostic en est donc assez grave. Cependant on a trop

(1) *Ann. medic. secund.*, pag. 100.

généralisé le danger de cette hémorrhagie. Lorsqu'elle existe avec des tubercules ou une pneumonite chronique, est-ce bien elle qui fait la gravité de la maladie? Non sans doute. Pour en bien apprécier le danger, il faut donc la juger isolée. Or, dans cet état de simplicité, elle nous paraît moins grave qu'on ne le pense communément, moins grave qu'une irritation pulmonaire non hémorrhagique du même degré. Du reste, elle l'est d'autant plus qu'elle développe plus de sympathies, qu'elle s'accompagne de phénomènes locaux plus intenses, et qu'elle est plus ancienne, *et vice versâ*. La quantité de sang expectoré, à moins qu'elle ne soit excessive, ne peut guère servir de base au pronostic. Elle est moins dangereuse chez les femmes que chez les hommes, moins dans l'état de grossesse que dans toute autre circonstance; enfin elle doit beaucoup moins inquiéter lorsqu'elle est le résultat d'une cause mécanique ou chimique, que quand elle est survenue sous l'influence des causes ordinaires d'irritation pulmonaire, et beaucoup moins encore, quand les malades ne présentent aucun des signes extérieurs qui annoncent la prédisposition hémoptysique.

Traitement. Il repose sur les mêmes bases que celui de toutes les irritations en général, savoir : détruire l'irritation dans le lieu qu'elle occupe par les déplétions sanguines et les autres moyens antiphlogistiques, l'appeler à l'extérieur par les révulsifs, employer les astringens sur la fin de la maladie. Lorsque l'hémoptysie a été précédée par les symptômes graves que nous avons énumérés, il faut se hâter de pratiquer la saignée du bras, et la répéter si le pouls reste plein et si l'expectoration du sang continue. Le malade doit être mis à la diète absolue, dans l'état de repos le plus parfait, à l'usage des boissons mucilagineuses, de l'eau de riz gommeuse, des décoctions de guimauve, d'orge, de lin, de capillaire, etc., administrées froides, et même de l'eau glacée ou de la glace en fragmens, si l'hémorrhagie est excessive; on peut même dans

ce cas avoir recours aux applications de glace pilée sur la poitrine, mais on ne doit se décider à employer ce moyen que lorsque le malade est menacé de périr promptement de l'hémorrhagie. Le silence le plus absolu est indispensable. Lorsque les symptômes ont été diminués par ces moyens, ou bien lorsqu'ils ont débuté avec une intensité moindre, on place des sangsues sur le sternum, sur le point douloureux, à la base de la poitrine, ou à l'anus; on fait légèrement aciduler les boissons avec les sirops de vinaigre ou de groseille, ou avec l'eau de Rabel, ou avec quelques gouttes d'acide hydro-chlorique; on applique des sinapismes sur les jambes, sur les cuisses ou autour des poignets, et l'on continue la diète, le repos et le silence. Disons ici que les saignées locales sont en général peu efficaces contre cette maladie lorsqu'elle est intense; que la saignée du bras leur est de beaucoup préférable, et que dans les cas où celle-ci est inutile, les révulsifs sont souvent suffisans. Enfin, quand il n'existe pas de symptômes généraux, et que les symptômes locaux sont à peine prononcés, on peut se dispenser des émissions sanguines, employer des révulsifs continus, comme le vésicatoire au bras ou sur la poitrine, et se relâcher de la sévérité de la diète, en accordant des alimens doux, composés principalement de laitage et de fécules. Ce n'est qu'avec beaucoup de prudence qu'on peut employer les astringens. Le quinquina doit être réservé pour les cas très-rares d'hémoptysie intermittente; les narcotiques sont rarement suivis de bons effets; le nitrate de potasse à hautes doses produit souvent au contraire la cessation prompte de l'hémorrhagie. Tout malade qui a été atteint une fois d'hémoptysie doit en craindre le retour et tout faire pour l'éviter; il doit donc se mettre aussitôt au régime des irritations chroniques. Quant à l'hémoptysie qui dépend de l'hypertrophie du ventricule droit du cœur, on la combat par les moyens appropriés à cette dernière maladie.

De la gastrorrhagie.

Tout vomissement de sang qui n'est pas le symptôme d'une violente inflammation de l'estomac a reçu le nom d'*hématémèse;* on le nomme aussi *melæna*, mais c'est principalement lorsque le sang rejeté a une couleur noire. Mais il peut être produit par du sang provenant des fosses nasales, de la bouche ou de la gorge, et qui a été avalé, comme cela arrive fréquemment chez les enfans; ou bien, et c'est le plus ordinaire, il est le résultat de l'irritation hémorrhagique de la membrane muqueuse gastrique. Or, deux affections aussi différentes dans leur nature ne sauraient être confondues sous une même dénomination; nous réserverons donc celle d'*hématémèse* à la première, et nous appellerons la seconde *gastrorrhagie*. C'est celle-ci qui doit principalement nous occuper.

Causes. Ce sont toutes celles des irritations gastriques chez des individus prédisposés. On signale cependant parmi ces causes, comme produisant plus spécialement la gastrorrhagie, les coups et les chutes sur la région épigastrique, l'ingestion de substances *délétères*, de fragmens de verre ou autres corps de même nature; un vomitif ou un purgatif administrés à contre-temps, un violent accès de colère, une passion triste profonde, un mouvement de terreur, l'immersion des pieds ou des mains dans l'eau froide, la suppression ou la cessation d'une hémorrhagie habituelle et surtout des menstrues. Cette dernière cause est une des plus ordinaires; aussi la gastrorrhagie est-elle beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Symptômes. Comme dans toutes les hémorrhagies aiguës, la gastrorrhagie intense est toujours précédée par des phénomènes de congestion locale. Froid des extrémités, douleur profonde et quelquefois pongitive dans l'hypochondre droit; sentiment d'oppression à l'estomac, souvent chaleur et sensibilité

de l'épigastre, goût de sang dans la bouche, quelquefois syncope, vertiges, éblouissemens, tintemens d'oreilles, et décoloration de la face, tels sont les symptômes qui précèdent et accompagnent l'hémorrhagie gastrique que les auteurs ont appelée *active*, et que nous nommons *aiguë*. Bientôt le sang est vomi, seul ou mêlé d'alimens, liquide ou en caillots, et d'une couleur plus ou moins foncée. Il arrive quelquefois qu'il en est en même temps repoussé une certaine quantité par les selles. Quand la gastrorrhagie existe depuis un certain temps, qu'elle s'est répétée plusieurs fois, et que le sujet est affaibli, les symptômes de congestion sont à peine sensibles, et même cessent entièrement de l'être, et le vomissement de sang en est le seul signe. Elle est alors *chronique ;* elle peut même débuter sous cette forme : dans l'un et l'autre cas, on lui a donné le nom de *passive*. On se fait aisément l'idée des nuances principales intermédiaires à ces deux degrés.

Les symptômes de l'hématémèse diffèrent assez de ceux de la gastrorrhagie, pour que, dans le plus grand nombre des cas, il soit facile de distinguer ces deux affections l'une de l'autre. Les circonstances antécédentes éclairent d'ailleurs le diagnostic. Ainsi, lorsqu'après la section du filet de la langue, ou l'opération des amygdales, ou l'extraction d'un polype des fosses nasales, en un mot, toute cause qui peut produire une hémorrhagie nasale ou buccale, etc., du sang a été avalé en plus ou moins grande quantité, le malade ne tarde pas à éprouver du malaise, du dégoût, des nausées, un sentiment de pesanteur et de gonflement à l'épigastre, de l'anxiété, souvent de la chaleur à la peau et l'accélération de la circulation, et quelquefois le refroidissement de tout le corps et la petitesse du pouls. Tous ces accidens se dissipent après le rejet du sang accumulé dans l'estomac.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Nous avons déjà dit que la périodicité était un des caractères assez ordinaires des hémorrhagies ; celle qui nous occupe ne fait pas exception :

elle est presque toujours au moins intermittente quand elle n'est pas périodique. Chaque vomissement dure un temps plus ou moins long, quelquefois plusieurs jours de suite avec de courts instans de relâche; ils peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins éloignés, pendant des mois et même des années. Le vomissement de sang est quelquefois si abondant que le malade y succombe; lorsqu'il est peu considérable et se renouvelle rarement, il influe peu sur la santé; quand il dure depuis long-temps, au contraire, et se répète tous les jours, il est la preuve de l'existence d'une irritation permanente de l'estomac, qui finit à la longue par entraîner la désorganisation de cet organe. En général cependant, la gastrorrhagie est une affection beaucoup moins grave que l'hémoptysie. Mais la couleur noirâtre du sang rendu par le vomissement et les selles, indique assez ordinairement une désorganisation profonde.

Traitement. La saignée du bras est un des moyens les plus puissans d'arrêter les vomissemens de sang; mais on n'y a ordinairement recours que lorsque la quantité de sang rejeté à la fois est considérable, et qu'on veut obtenir un effet prompt. On l'emploie aussi avec avantage chez les sujets pléthoriques, et lorsque la congestion vers l'estomac et violente : une seule suffit le plus communément. Dans les cas de moindre intensité, on se borne à placer quelques sangsues ou des ventouses scarifiées à l'épigastre; on administre en même temps des boissons froides, gommeuses et acidulées avec le suc de citron ou de groseilles, le vinaigre, l'acide sulfurique, etc., ou de l'eau chargée d'acide carbonique. Un peu d'opium produit quelquefois des résultats très-avantageux. Si ces moyens sont impuissans, on fait prendre les boissons glacées, on fait des applications froides et même glacées sur l'épigastre, on applique des révulsifs sur les membres, et l'on prescrit des lavemens émolliens et légèrement stupéfians. Lorsque la gastrorrhagie est chronique et non douloureuse, les astringens réussissent quel-

quefois à la faire disparaître : c'est dans ce cas que le quinquina en poudre a été utile. Quand le vomissement de sang est le résultat de la dilacération de la membrane muqueuse gastrique par des fragmens de verre ou de tout autre corps étranger de même nature, il faut chercher à débarrasser l'estomac de la présence de ces agens par les moyens que nous avons indiqués dans le traitement de la gastrite.

On prévient l'*hématémèse* en arrêtant l'hémorrhagie du nez, de la bouche ou de la gorge, qui l'entretient. Si l'on était appelé avant que le vomissement du sang eût eu lieu, et qu'on ne pût pas douter de son accumulation dans l'estomac, on en provoquerait le rejet en chatouillant la luette, en faisant avaler de l'eau tiède au malade, ou en lui donnant un vomitif.

De la proctorrhagie ou du flux hémorrhoïdal.

On désigne sous ces noms, et principalement sous le dernier, tout écoulement de sang par l'anus, qui n'est pas le symptôme d'une gastro-entérite ou d'une colite intense, d'une désorganisation ou d'une lésion mécanique, dont la source est dans le rectum, et qui est ordinairement précédé d'une congestion locale. Cette congestion a reçu l'épithète d'*hémorrhoïdale*.

Causes. On peut être affecté d'écoulement hémorrhoïdal à tout âge ; cependant c'est dans l'âge adulte que cette affection survient le plus communément. On range parmi ses causes, une nourriture trop abondante ou trop succulente, jointe au défaut d'exercice et surtout à l'habitude de rester presque toujours assis ; l'abus du vin, des spiritueux, du café et des alimens de haut goût chez les personnes prédisposées ; la constipation habituelle, la grossesse, la suppression ou la cessation des règles ; toutes les causes directes d'irritation du rectum, agissant d'une manière peu vive mais permanente ; les purgatifs répétés, surtout les drastiques, et en particulier

l'aloès ; la marche forcée, l'équitation, etc. On regarde comme causes secondaires, les travaux du cabinet, les emportemens de la colère, et la tristesse habituelle.

Symptômes. Les phénomènes de congestion locale consistent d'abord, dans des frissons, ensuite des douleurs sourdes et un sentiment de pesanteur dans les régions dorsale et lombaire, l'engourdissement des extrémités inférieures, un pouls dur et serré, la sécheresse de la bouche, des urines rares, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, des borborygmes, de la démangeaison à l'anus, et quelquefois des selles muqueuses blanchâtres. Enfin l'écoulement plus ou moins abondant du sang a lieu : ce liquide est assez ordinairement vermeil ; il coule en nappe ou en jet, ou bien recouvre les matières fécales. Tous les symptômes de congestion s'évanouissent.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Le flux hémorrhoïdal est très-fréquemment périodique ; chez quelques hommes il reparaît exactement tous les mois, comme les règles chez les femmes. Il dure alors presque toujours autant que la vie. Quelques personnes ne l'éprouvent qu'une, deux ou trois fois dans l'espace d'un très-grand nombre d'années. Il est sans exemple que l'écoulement sanguin ait été assez abondant pour donner la mort. Sa suppression subite peut devenir la cause d'inflammations internes; mais il est peut-être plus ordinaire que ces phlegmasies précèdent la cessation du flux hémorrhoïdal et en soient les causes. Quelquefois il est remplacé par une épistaxis ou toute autre hémorrhagie : le danger est alors en proportion de l'importance de l'organe par lequel l'écoulement du sang s'opère.

Le flux hémorrhoïdal est plutôt une incommodité qu'une maladie ; quelques auteurs, entre autres Stahl, ont prétendu qu'il était toujours salutaire. Stahl avait raison en ce sens, que la plupart des hommes affectés de flux hémorrhoïdal abusant des alimens et des spiritueux, ces saignées locales spontanées auxquelles ils sont assujétis, contre-balancent les inconvéniens

de leur intempérance, et souvent en détruisent les mauvais effets. Le flux hémorrhoïdal est donc utile aux intempérans, mais il est inutile aux gens sobres, à moins toutefois qu'ils ne soient porteurs d'une phlegmasie chronique dans un organe quelconque. Enfin, il est éminemment avantageux lorsqu'il survient dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, car il en est souvent le moyen le plus puissant de guérison. On conçoit aisément, d'après ce qui précède, pourquoi il est si souvent dangereux de le guérir. Ce danger est d'autant plus grand que le flux est plus ancien, plus abondant, et périodique.

Traitement. Il est rare que le médecin soit appelé à remédier au flux hémorrhoïdal; il est plus rare encore qu'il parvienne à l'arrêter, et surtout qu'il le fasse sans inconvénient pour la personne qui en est affectée. Cependant rien de tout cela n'est sans exemple, et on l'observerait sans doute bien plus fréquemment encore, si au lieu de se borner à combattre cette hémorrhagie par des moyens locaux, on y joignait l'abstinence complète de tous les stimulans, comme les alimens de haut goût ou trop nourrissans et les liqueurs spiritueuses et qu'on les remplaçât par le régime purement végétal et l'usage de l'eau, en même temps qu'on recommanderait un exercice modéré, l'emploi des bains tièdes, et quelques laxatifs doux pour prévenir la constipation. On joindrait à ces moyens la saignée du bras chaque fois que la congestion serait imminente sur le rectum, quelques révulsifs à l'extérieur, des frictions sèches sur la peau, et l'on ferait coucher le malade sur un lit dur et peu chaud. Mais, pour se débarrasser d'une incommodité souvent peu gênante, peu d'hommes consentent à renoncer à leurs goûts et à leurs habitudes; et c'est ainsi que le flux hémorrhoïdal est presque toujours incurable. Lorsqu'il devient excessif cependant, il importe de l'arrêter. A cet effet, on a recours aux moyens précédemment indiqués, et aux bains et lavemens froids, aux fomentations froides sur les lombes et au périnée; aux injections astringentes, faites avec les disso-

lutions d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, d'alumine, de fer, ou avec les décoctions de quinquina, de roses de Provins, d'écorce de grenade, d'écorce de chêne ; et si tout cela est insuffisant, on pratique le tamponnement. Mais il est rare que les hémorrhagies spontanées du rectum soient assez graves pour nécessiter l'emploi de ce moyen ; il est même probable qu'il aurait peu d'efficacité, parce qu'elles sont souvent produites par toute l'étendue de la surface muqueuse de l'intestin, et que les moyens de compression n'agissent que sur sa partie inférieure. Si cependant on croyait devoir l'employer, on l'appliquerait en suivant les préceptes que nous établirons à l'occasion des hémorrhagies qui surviennent après les opérations que l'on pratique sur cette partie.

Il arrive assez fréquemment qu'il devient indispensable de rappeler le flux hémorrhoïdal. C'est lorsque sa disparition a été suivie de la phlegmasie d'un organe important ou d'une hémorrhagie plus dangereuse. On a conseillé, dans ces cas, les purgatifs, et surtout l'aloès ; mais les sangsues à l'anus, en petit nombre, ont plus d'efficacité que ces médicamens. Il suffit souvent, pour le rappeler, de faire asseoir le malade au dessus d'un vase d'eau bien chaude, ou d'administrer un lavement irritant.

De l'hématurie.

Les auteurs désignent sous le nom d'*hématurie*, tout pissement de sang, soit qu'il ait sa source dans les reins, dans les uretères, la vessie ou l'urèthre. Cette dénomination n'exprime donc qu'un symptôme ; nous la conserverons cependant, pour ne pas avoir à décrire séparément l'hémorrhagie de chacune de ces parties diverses ; ce qui nous exposerait à des redites. Il est d'ailleurs souvent très-difficile de reconnaître la véritable source de cette hémorrhagie. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Causes. Toutes les lésions mécaniques du rein, des uretères, de la vessie, ou de l'urèthre, par un instrument acéré ou par

la présence d'un calcul rempli d'aspérités, les coups sur les lombes ou sur l'hypogastre, l'équitation forcée, les secousses violentes, un effort pour soulever un fardeau trop pesant, peuvent produire l'hématurie. Mais dans ces cas, il y a presque toujours déchirure ou rupture de quelques vaisseaux, tandis qu'il y a seulement exhalation sanguine à la surface de la membrane irritée, lorsqu'elle est l'effet des causes suivantes : abus des diurétiques trop actifs, usage des cantharides, de la térébenthine, des purgatifs drastiques, suppression du flux hémorrhoïdal ou menstruel. L'âge adulte et la vieillesse prédisposent à cette affection ; on l'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Symptômes. L'hématurie est quelquefois précédée de frissons, de refroidissement des extrémités, et de fréquence, plénitude et dureté du pouls. L'émission du sang, avec ou sans les urines, en est le signe non équivoque, mais il n'est pas toujours facile d'en reconnaître la source. Cependant, lorsque le malade éprouve un sentiment de douleur et de chaleur aux lombes, se prolongeant jusque dans le bassin, si surtout cette sensation est bornée à un seul côté et qu'elle s'accompagne de la rétraction du testicule correspondant, il est peu douteux que l'hémorrhagie ne vienne d'un rein ; les urines sont diminuées ou presque nulles si les deux reins sont irrités. Si le sang s'est coagulé dans les uretères, en sondant le malade on ne le soulage nullement ; si c'est dans la vessie, il en résulte de la pesanteur et du gonflement au pubis, des envies fréquentes d'uriner et du prurit au bout du gland. Lorsque l'hémorrhagie vient de la membrane muqueuse vésicale, l'émission du sang mêlé à l'urine est accompagnée de vives douleurs dans la vessie et le gland, d'un sentiment d'ardeur dans l'anus et l'urèthre, de ténesmes, de constipation, de tiraillemens dans la vessie, qu'augmentent tous les efforts, le mouvement, la toux et l'éternuement ; et quelquefois de la fréquence et la petitesse du pouls et de sueur froide générale.

Quand le sang vient de l'urèthre, il est sans mélange d'urine, son écoulement n'est pas précédé d'envie d'uriner, une douleur plus ou moins vive dans un des points de ce canal en précède et en accompagne l'issue. Enfin, on a donné pour caractère de l'hémorrhagie des uretères, la douleur ressentie dans le trajet de ces conduits; il n'est pas besoin de démontrer l'insignifiance de ce signe.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. L'hématurie n'est jamais continue; elle se manifeste ordinairement avec chaque émission des urines; quelquefois elle est périodique. Lebœuf (1) et Chaumeton (2) rapportent chacun une observation d'hématurie chez des hommes, dont le retour avait lieu tous les mois comme le flux menstruel. Quand la perte de sang est légère, elle n'influe guère sur la santé qu'après avoir duré plusieurs années; mais lorsqu'elle est considérable, elle affaiblit promptement, et entraîne des conséquences rapidement funestes; elle peut être tellement abondante que la mort en soit la suite immédiate; mais cela est rare. Comme toutes les hémorrhagies, l'hématurie devient quelquefois le moyen de guérison d'une autre maladie, mais plus fréquemment peut-être, elle n'améliore en rien l'affection dans le cours de laquelle elle survient. L'irritation dont elle dépend toujours, s'élève quelquefois au degré de l'inflammation, et alors le sang cesse de couler. L'hématurie qui est l'effet d'une lésion mécanique n'est point grave par elle-même; tout le danger, s'il en existe, dépend de la lésion dont elle n'est qu'un symptôme; elle ne peut en augmenter la gravité que par sa continuité ou son abondance. Lorsqu'elle est produite par une cause instantanée, comme l'ingestion des cantharides, elle guérit en général assez facilement; mais quand elle est survenue sans cause bien appréciable, ou du moins par une cause qui ne produit

(1) *Journal de médecine*, tom. V, an 1756.

(2) *Bulletin des sciences médicales*, juin 1809.

pas cet effet chez la plupart des hommes, elle est toujours grave, surtout si le sujet est âgé, parce qu'elle annonce une prédisposition toujours difficile et souvent impossible à détruire.

Caractères anatomiques. On a trouvé, dans les cadavres des individus qui ont succombé à l'hématurie, des plaques rouges, des vaisseaux injectés ou variqueux, à la surface de la membrane muqueuse des voies urinaires; du sang a quelquefois été rencontré dans les bassinets, les uretères ou la vessie : enfin, la substance du rein s'est présentée tantôt extrêmement pâle et tantôt gorgée de sang.

Traitement. L'hématurie qui est l'effet d'une lésion mécanique n'exige pas de traitement particulier, c'est contre sa cause que tous les moyens thérapeutiques doivent être dirigés; si cependant elle était excessive, on pourrait essayer de l'arrêter par les saignées du bras et les applications froides aux cuisses, aux lombes ou sur l'hypogastre. Quand elle est l'effet de l'ingestion des cantharides ou des purgatifs âcres, les saignées générales et locales si l'irritation est intense, les boissons mucilagineuses et émollientes, les lavemens, les cataplasmes sur l'hypogastre, et les demi-bains de même nature, le repos et la diète sont indiqués. On a beaucoup vanté le camphre contre les irritations vésicales, et principalement contre celles qui sont l'effet des cantharides. N'ayant pas été à même d'essayer assez de fois ce médicament dans cette circonstance, nous nous abstenons de prononcer sur le degré de confiance qu'il mérite.

L'hématurie qui est le résultat d'un coup ou d'une chute, guérit assez facilement par les antiphlogistiques ci-dessus indiqués. Ces mêmes moyens conviennent dans toute hématurie aiguë, quelle qu'en soit la cause. On peut varier les boissons, et, au lieu de mucilagineuses, les donner acidules, comme le petit-lait, la limonade, l'eau saturée d'acide carbonique, etc. L'abstinence du vin et de toutes les liqueurs stimu-

lantes, celle des alimens azotés, autant que cela est possible, une continence parfaite, l'usage exclusif du lait, des fécules et des végétaux, dont il faut encore retrancher tous ceux qui jouissent de propriétés diurétiques, comme l'asperge, le salsifis, la raiponce, etc. ; les vêtemens de laine, telles sont les précautions hygiéniques dont le malade doit user.

Dans l'hématurie chronique, les saignées locales jointes aux autres moyens antiphlogistiques et au régime, suivies de bonne heure des ventouses sèches ou scarifiées, aux lombes, à l'hypogastre, aux aines, au périnée, à la partie supérieure des cuisses, sont encore à préférer aux autres moyens. Si les ventouses étaient insuffisantes, on ferait bien de recourir aux révulsifs puissans, tels que les sétons au périnée, que nous avons indiqués contre la cystite chronique. Les purgatifs minoratifs sont quelquefois suivis de la suspension de l'écoulement du sang. On a conseillé les décoctions de quinquina, les eaux ferrugineuses, la plupart des eaux minérales, l'opium et la plupart des astringens connus; mais l'efficacité de ces divers moyens est loin d'être bien établie. L'opium, le ratanhia, et leurs diverses préparations, méritent cependant une exception. Enfin, lorsque le sang s'est accumulé dans la vessie, on l'évacue par le moyen du cathétérisme, et s'il est coagulé dans l'intérieur de cet organe, on y fait des injections avec de l'eau tiède, ou une légère dissolution alcaline si les symptômes d'irritation sont peu prononcés.

De la métrorrhagie et de la ménorrhagie.

Dans l'état naturel, l'utérus est le siége d'une hémorrhagie périodique qui réparaît à peu près tous les mois, et a reçu les noms de *mois*, *règles*, *flux menstruel* et *flux périodique*. La quantité de sang que perd ainsi la femme est très-variable, et tel flux menstruel, qui n'est qu'ordinaire pour celle-ci, constituerait une hémorrhagie abondante chez celle-là. On recon-

naît qu'une hémorrhagie utérine est morbide, si la femme déclare qu'elle a perdu plus de sang que d'habitude, si en même temps, au lieu de se sentir allégée et plus forte, comme il est d'ordinaire après l'écoulement menstruel, elle est faible et éprouve du malaise; enfin si cette perte de sang a lieu à une autre époque que celle du flux menstruel. On appelle *ménorrhagie* le flux immodéré des règles, et *métrorrhargie* les hémorrhagies de l'utérus en général. Nous réunissons dans un même article ces deux hémorrhagies, qui ne diffèrent que par l'époque à laquelle elles surviennent, parce qu'elles ont le même siége et sont de même nature; ce qui ne permet pas de les séparer. C'est en un mot la même maladie, avec une différence peu importante dans les circonstances où elle se manifeste. Elle est aiguë ou chronique, presque toujours irrégulièrement intermittente, et quelquefois parfaitement périodique.

Causes. On regarde généralement comme prédisposant aux hémorrhagies utérines le tempérament sanguin joint au tempérament nerveux, c'est-à-dire la réunion d'un système sanguin très-développé et d'un système nerveux très-irritable; une grande irritabilité de l'utérus, l'adolescence, une nourriture trop succulente, la chaleur atmosphérique, le printemps, l'usage des chaufferettes, et les désirs amoureux trop vifs. Parmi les causes plus prochaines, on place la phlegmasie chronique de la matrice, l'état de couches, l'abus du café, des médicamens dits emménagogues, des liqueurs spiritueuses, et de tous les stimulans; les excès vénériens, la masturbation, l'abus des injections chaudes, un exercice violent, les secousses d'une voiture, les passions fortes et instantanées, comme un emportement de colère, une grande joie, une frayeur, etc.; quelques passions continues, telles que la jalousie.

Symptômes. Lorsque l'hémorrhagie utérine succède à l'écoulement des règles, elle ne s'annonce par aucun symtôme particulier; seulement le sang coule plus abondamment que de cou-

tume, la femme s'affaiblit et devient pâle, et l'appétit se perd; mais quand elle a lieu à toute autre époque, elle s'annonce ordinairement par les symptômes généraux qui précèdent toute congestion locale un peu forte, tel que frissons, refroidissement des extrémités, plenitude, fréquence et dureté du pouls; auxquels succèdent bientôt les signes locaux de la congestion elle-même, savoir : la démangeaison et la chaleur du vagin et de la matrice, la douleur et la pesanteur des lombes, la constipation, la fatigue et l'engourdissement des membres et en particulier des cuisses. Enfin, une légère horripilation se manifeste, le sang coule, et tous les symptômes de congestion disparaissent. On voit que ces symptômes ne diffèrent en rien de ceux qui précèdent le flux menstruel chez beaucoup de femmes; c'est qu'en effet, dans les deux cas, le sang afflue vers l'utérus et coule au dehors sous l'influence de l'irritation locale. Toute hémorrhagie utérine précédée de ces signes a reçu le nom d'*active*.

Mais si cette hémorrhagie se renouvelle souvent, la femme s'affaiblit de plus en plus, sa pâleur devient extrême, elle ne peut se livrer au moindre exercice sans être essoufflée, ses pieds s'œdématient, etc. En même temps les signes généraux précurseurs de toutes les hémorrhagies, et ceux de la congestion locale, s'effacent graduellement, et l'écoulement du sang finit par ne plus être précédé des uns ni des autres. C'est alors que les auteurs disent que l'hémorrhagie est devenue *passive;* mais il est évident que la malade seule a changé et non la maladie, celle-ci est seulement passée à l'état chronique. Il arrive quelquefois que, dès le début, les symptômes indiqués sont si légers qu'ils restent inaperçus par la malade et le médecin inattentif: on dit encore alors que l'écoulement sanguin est *passif*; mais avec de l'attention on découvre toujours des signes non équivoques d'irritation locale; l'hémorrhagie a seulement débuté sous forme chronique.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic.* L'hémorrhagie

utérine peut se manifester une fois et ne plus reparaître ; mais souvent elle se renouvelle, et alors, ainsi que nous l'avons dit, elle est irrégulièrement intermittente. Picqué rapporte dans le *Journal de médecine*, tom. 42, année 1774, un exemple de métrorrhagie intermittente quotidienne, qui revenait régulièrement chaque jour à six heures du matin. Dans un Mémoire intéressant de M. Arloing, on lit une observation de métrorrhagie intermittente tierce, qui, comme la précédente, céda à l'administration du quinquina (*Journal général de médecine*, tome 58). Quelquefois cependant elle est continue et dure plusieurs jours sans interruption ; quand elle est intermittente, sa durée est très-variable ; elle peut être assez abondante pour donner la mort immédiatement, mais ce n'est pas la terminaison la plus ordinaire. Lorsqu'elle dure long-temps, elle conduit à l'épuisement, à l'infiltration et au marasme. Enfin, les auteurs ont avancé qu'elle entraînait quelquefois à sa suite le cancer de l'utérus ; cela veut dire que l'irritation qui l'entretenait finit parfois par amener la dégénérescence du tissu de l'organe. Plus l'hémorrhagie est abondante et ancienne, et plus le pronostic est grave, *et vice versâ.*

Caractères anatomiques. Ou bien ils ne sont pas appréciables, ou ce sont ceux des phlegmasies chroniques de l'utérus.

Traitement. Ici, comme dans toute autre maladie, il faut commencer par éloigner les causes. Le moyen qui convient le mieux ensuite, est la saignée du bras. Si nous la plaçons en première ligne, ce n'est pas que nous la conseillions dans tous les cas, mais c'est parce que nous la croyons trop peu employée contre cette affection. On doit toujours y avoir recours chez les femmes fortes et pléthoriques, lorsque l'hémorrhagie est considérable, et qu'elle s'est accompagnée de symptômes généraux et locaux très-prononcés. Elle est souvent très-utile encore dans les degrés de moindre intensité. Il faut en même temps mettre la malade dans un lieu frais, la coucher horizontale-

ment sur un simple matelas de crin, la couvrir à peine, lui administrer des boissons froides et acidulées, et la laisser à une diète sévère. Si cela ne suffit pas, on applique des linges trempés dans l'eau et le vinaigre froids sur l'hypogastre et sur la partie interne des cuisses; on fait plonger les mains dans l'eau froide; on pose des ventouses aux mamelles, derrière les épaules et sur les bras, et l'on fait administrer des lavemens d'eau froide. Quand l'hémorrhagie est accompagnée de douleur dans l'utérus, les sangsues au dessus du pubis, les cataplasmes émolliens et narcotiques sur l'hypogastre et les lavemens de même nature produisent d'excellens effets. Dans le cas contraire, on emploie avec avantage les injections styptiques et astringentes, ordinairement composées d'oxycrat. Le tamponnement devient rarement nécessaire. On parvient assez souvent à arrêter les hémorragies utérines qui sont produites par les affections morales, à l'aide de l'opium, de l'assa-fœtida donnés en lavemens, ou du camphre, du castoréum, du safran, et autres antipasmodiques portés dans l'estomac. Enfin, un moyen puissant, qui compte aussi quelques succès, consiste dans la provocation du vomissement par l'ipécacuanha. Suivant l'intensité de l'hémorrhagie, les uns ou les autres des moyens précédemment indiqués suffisent, la simple soustraction de la cause a souvent guéri sans autre médication.

Lorsque l'hémorrhagie est chronique, il faut prescrire un régime doux, l'abstinence de tous les excitans, les bains tièdes, les cataplasmes émolliens sur la région hypogastrique, les applications de sangsues à la vulve ou à la partie supérieure des cuisses, et les boissons de riz gommeuses et édulcorées avec le sirop de grande consoude. Si elle continue malgré ces moyens, on fait aciduler les boissons avec l'eau de Rabel, l'acide sulfurique, ou bien on administre l'extrait ou la décoction de racine de ratanhia; on place des vésicatoires à la partie interne et supérieure des cuisses; enfin, on pratique des injections astringentes. On a beaucoup vanté le sulfate d'alumine à l'inté-

rieur ; mais c'est un médicament dangereux, auquel on ne doit recourir que quand tous les autres ont échoué. C'est contre cette hémorrhagie surtout que le nitrate de potasse est efficace ; on l'administre à hautes doses, jusqu'à une once ou deux dans les vingt-quatre heures. Le quinquina, les amers, les eaux ferrugineuses, etc., ont été préconisés dans l'intervalle des hémorrhagies ; nous pensons qu'ils sont très-rarement utiles et souvent nuisibles. Il en est de même des vomitifs fréquemment répétés, conseillés par quelques auteurs. Le quinquina seul est avantageux dans les cas de métrorrhargie périodique. Enfin, dans les cas extrêmes, il faut pratiquer le tamponnement. On y procède ainsi qu'il suit :

Quand l'hémorrhagie n'est pas très-forte, on introduit un *speculum uteri*, qui met l'orifice de l'utérus à découvert. Cela fait, on se sert du canal du spéculum pour conduire jusque sur cet orifice une éponge molle et fine, imprégnée d'eau de rose ou de quelqu'autre liqueur légèrement astringente, et on la pousse jusqu'au fond du vagin à l'aide d'une longue pince, puis on retire le spéculum en continuant à soutenir l'éponge avec l'instrument qui a servi à la faire parvenir à sa destination. Une anse de fil passée dans l'éponge et qu'on laisse pendre à l'extérieur, sert à la retirer lorsqu'elle a séjourné assez long-temps. Lorsque ce moyen simple et doux ne suffit pas, on se sert, au lieu d'éponge, de boulettes de charpie ou d'étoupes un peu fermes, saupoudrées, s'il en est besoin, de colophane, et on les accumule les unes sur les autres, en retirant à mesure le spéculum, jusqu'à ce que le vagin en soit rempli complètement. L'appareil est terminé par un dernier tampon placé à l'extérieur, et par une épaisse compresse soutenue à l'aide d'un bandage ou d'une bande fortement serrée. Ce pansement arrête sûrement l'hémorrhagie, mais il n'est pas sans inconvéniens. La charpie ne tarde pas à se durcir et à irriter le vagin et la matrice, déjà disposés à s'enflammer par l'effet de la gêne

qu'ils éprouvent, et l'irritation se propageant au rectum et à la vessie, produit des envies pressantes d'aller à la selle et d'uriner, d'autant plus fatigantes que la compression s'étend jusqu'au rectum et au canal de l'urètrhe, et qu'elle est quelquefois assez forte pour opposer un obstacle insurmontable à l'évacuation des matières fécales, des vents et de l'urine; quelquefois même il est impossible de sonder les malades sans ôter préalablement les boulettes de charpie les plus extérieures. Aussi quelques chirurgiens donnent-ils le précepte de commencer par placer à demeure une sonde de gomme élastique dans l'urèthre. Enfin, les boulettes engagées profondément dans le vagin ne sont pas tellement faciles à retirer, lorsqu'elles ont séjourné longtemps, qu'il n'en résulte quelquefois des pincemens, des tiraillemens douloureux, et la récidive de l'hémorrhagie.

Ces inconvéniens sont graves, ils rendent quelquefois la position des malades tout-à-fait intolérable, et doivent engager les praticiens à n'employer cette sorte de tamponnement que dans le cas où il ne peut être remplacé par aucun autre moyen.

Lorsque l'hémorrhagie est entretenue par une phlegmasie aiguë ou chronique de l'utérus, ou par la dégénérescence cancéreuse de cet organe, elle n'est plus alors qu'un symptôme secondaire, et devient rarement la source d'indications spéciales; c'est contre la maladie principale que tous les efforts doivent être dirigés. Elle est quelquefois si abondante cependant, qu'ils est nécessaire de recourir aux moyens que nous avons indiqués précédemment.

HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME SÉREUX.

Considérations générales.

Chez quelques individus, l'irritation des membranes séreuses s'accompagne d'hémorrhagie, sans que l'on sache la cause de cette particularité. Les exemples en sont rares. M. Broussais

rapporte dans son excellente *Histoire des phlegmasies chroniques*, un exemple de pleurite (1) et un de péritonite (2) avec épanchement sanguin, et fait remarquer que dans ces cas la douleur est ordinairement atroce. Mais nous ne connaissons pas un seul exemple d'hémorrhagie de ces membranes qui ne soit accompagnée de leur inflammation, et que l'on puisse par conséquent regarder comme une véritable irritation hémorrhagique et non comme un symptôme. Il est donc encore douteux si les membranes séreuses sont ou non susceptibles d'irritations hémorrhagiques comme les membranes muqueuses. Heureusement, cette incertitude n'est ici d'aucune influence sur la pratique. Le sang de ces hémorrhagies ne pouvant pas s'écouler au dehors, on n'en soupçonne presque jamais l'épanchement pendant la vie, et on parviendrait même à le reconnaître, qu'il n'en résulterait aucune modification dans le traitement.

ORDRE TROISIÈME.

IRRITATIONS SUB-INFLAMMATOIRES OU SUB-INFLAMMATIONS.

De la sub-inflammation en général.

Les irritations dont nous allons maintenant nous occuper ne forment peut-être pas un ordre bien naturel ni bien tranché; quelques-unes ont de nombreux rapports avec les phlegmasies, et sont regardées comme telles par plusieurs auteurs; telles sont *le sclérôme*, *la lèpre*, *l'éléphantiasis des Grecs*, *la cataracte*; d'autres sont mises sur la même ligne que le *cancer*, les *tubercules*, *etc.*, tels sont les *engorgemens des ganglions lymphatiques sous-cutanés*, *l'engorgement indolent des or-*

(1) Tom. Ier, pag. 162; 2e édition.
(2) Tom. II, pag. 415, 2e édition.

ganes glandulaires, etc. Mais il nous a semblé qu'on ne pouvait ranger les premières parmi les inflammations, sans forcer les analogies, ni les secondes parmi les désorganisations, sans se mettre en opposition avec les faits. Sont-ce bien des inflammations en effet, ces engorgemens sans douleur, sans chaleur et surtout sans rougeur, que l'on voit se développer assez souvent dans nos tissus d'une manière en quelque sorte spontanée? Peut-on les regarder comme des désorganisations semblables au squirrhe et aux tubercules, quand on les voit se résoudre parfois très-promptement, et sans avoir altéré en rien les tissus dans lesquels ils s'étaient formés? Ces objections nous paraissent puissantes; cependant elles ne sont pas sans réplique, et nous avouons que la nature des affections de cet ordre est loin encore d'être complètement connue. Quoi qu'il en soit, essayons d'en tracer l'histoire générale.

L'irritation *sub-inflammatoire* ou la *sub-inflammation*, quoique pouvant survenir chez tous les individus, s'observe plus particulièrement chez ceux dont le système lymphatique prédomine; aussi est-ce chez les femmes et chez les enfans qu'on la rencontre le plus fréquemment primitive. Trois ordres de causes peuvent la produire: elle peut naître sous l'influence de toutes les causes ordinaires d'irritation; elle succède souvent à des inflammations chroniques dans lesquelles la chaleur et l'injection sanguine ont graduellement disparu; enfin elle se développe fréquemment sous l'influence du froid humide prolongé, et d'une alimentation trop peu excitante. La manière d'agir des deux premiers ordres de causes se conçoit aisément, mais il n'est pas aussi facile d'expliquer l'action des dernières. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elles appauvrissent le système sanguin, et donnent une grande prédominance au système lymphatique, et rendent de la sorte plus faciles les engorgemens blancs.

La sub-inflammation est rarement aiguë; elle se montre

presque toujours à l'observateur sous forme chronique et continue. En général, peu de douleur et peu de chaleur l'accompagnent, et rarement elle provoque des sympathies. L'indolence, la tuméfaction, l'induration et la coloration blanche des tissus, la lenteur dans le développement et la marche vers la guérison ou la désorganisation, enfin l'absence presque complète de phénomènes sympathiques, en forment les caractères principaux.

On ignore si la sub-inflammation peut se terminer par délitescence, et, à en juger par la nature même de ce mode d'irritation, il ne paraît pas qu'il soit susceptible de ce mode de terminaison. Mais la sub-inflammation peut offrir tous les autres modes de terminaison que présente l'inflammation. Comme celle-ci, elle peut donc se résoudre, suppurer, s'ulcérer ou se terminer par la gangrène. Tous ces caractères lui donnent, en grande partie, la plus grande analogie avec l'irritation inflammatoire, et justifient l'opinion des médecins qui pensent qu'elle ne constitue pas un état morbide particulier; mais elle en possède d'autres qui, comme nous l'avons déjà dit, la rapprochent des désorganisations dont elle n'est souvent que le premier degré. Quoi qu'il en soit, la résolution en est lente, et cependant elle en constitue le mode de terminaison le plus favorable.

L'induration par laquelle on la voit fréquemment se terminer serait un état peu grave s'il restait stationnaire, comme cela arrive quelquefois; mais le plus ordinairement l'inflammation vient tôt ou tard s'emparer du tissu sub-enflammé et induré, la suppuration s'y établit, et ce mode de terminaison peut alors devenir funeste si l'organe affecté est important. Quant à la gangrène, ce n'est que secondairement qu'elle termine quelquefois la sub-inflammation; il faut toujours, pour qu'elle ait lieu, dans ce cas, qu'une inflammation violente se soit emparée de la partie sub-enflammée; à la rigueur ce n'est pas un mode de terminaison de la sub-inflammation.

Les caractères anatomiques de la sub-inflammation consistent dans l'engorgement blanc des tissus, et leur état d'induration sans traces d'injection sanguine; son traitement repose sur les mêmes bases que celui de toutes les irritations en général.

SUB-INFLAMMATIONS DU TISSU CELLULAIRE.

Considérations générales.

Le tissu cellulaire est quelquefois le siége de sub-inflammations; comme dans tous les autres tissus, cette irritation y est primitive ou secondaire à l'inflammation : dans les deux cas, son histoire est presque toujours confondue avec celle de la phlegmasie à laquelle elle succède, ou avec celle des désorganisations qui en sont le terme fréquent. Il ne sera donc question ici que du *sclérôme* ou *endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés*, et de l'*éléphantiasis des Grecs*.

Du sclérôme ou endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés.

La nature de cette maladie n'est pas bien connue, et il serait bien possible qu'elle ne fût que le symptôme d'une affection éloignée. Telle était déjà, en 1789, l'opinion de Hulme, qui attribuait cette maladie à une inflammation des poumons; telle est aussi l'opinion de plusieurs médecins distingués de nos jours, et en particulier des professeurs Breschet en France, et Paletta en Italie. Ce dernier, dans un Mémoire lu à l'Institut de Milan (1), attribue le sclérôme à une respiration incomplète chez quelques nouveau-nés, d'où résulte un développement insuffisant de calorique, et par suite la torpeur, la stupeur, le froid glacial des membres, et l'endurcissement

(1) Voyez la traduction de ce Mémoire, par M. Bailly, dans les *Archives générales de médecine*, tom. V, pag. 105 et suivantes.

du tissu cellulaire. Cette opinion nous paraît très-plausible, et nous espérons que de nouveaux faits viendront la confirmer. Le sclérôme alors ne sera plus que le symptôme d'une asthénie du poumon.

Causes. Cette maladie peut attaquer tous les enfans indistinctement ; mais les enfans faibles, et ceux qui naissent avant terme, en sont plus fréquemment atteints que les autres. Elle survient presque constamment dès les premiers jours de la naissance, rarement au-delà du quatrième ou cinquième. Le froid et l'humidité paraissent favoriser son développement ; cependant le professeur Paletta dit l'avoir observée plus fréquemment au printemps et en automne que dans les autres saisons, et quelquefois en été. M. Gardien en a observé aussi un exemple pendant les grandes chaleurs.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Quelquefois l'endurcissement occupe tout le tissu cellulaire ; mais le plus ordinairement il est borné à la face et aux extrémités : c'est là d'ailleurs qu'il est toujours plus apparent. Les signes n'en sont pas équivoques ; ce sont, l'engorgement, le gonflement, le froid et la rigidité des membres, la dureté du tissu cellulaire, qui résiste à l'impression du doigt, et la couleur rougeâtre, jaune ou livide de la peau. Le gonflement est uniforme, et jamais en tumeur circonscrite. Il est parfois considérable au point de faire paraître les membres abdominaux comme arqués. La dureté est en général plus marquée au creux des joues et aux jambes. Enfin, lorsque l'on cherche à réchauffer les membres, on n'y parvient qu'avec peine ; ils reçoivent le calorique comme les corps bruts et l'émettent de même. Il se joint quelquefois à ces symptômes un léger *trismus* ; presque toujours la déglutition est difficile ; l'enfant ne peut pas prendre le mamelon, et il jette continuellement un cri faible et plaintif. Lorsque le sclérôme n'occupe que les extrémités inférieures, il est peu dangereux ; plus il occupe de surface et

plus son pronostic est grave. M. Andry a fait la remarque que jamais il n'envahissait les parois thoraciques. Il se termine par la guérison ou par la mort.

Caractères anatomiques. On trouve, à l'ouverture des cadavres, le tissu cellulaire compacte, grenu, et souvent rempli d'une sérosité abondante de couleur jaune foncé. Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques participent à l'engorgement. Camper a toujours trouvé, dans chaque joue, au-dessous des pommettes, des tubercules gros comme une aveline, et assez durs. Mais les lésions qui paraissent les plus importantes sont celles que l'on observe dans les organes intérieurs. Elles consistent dans des engorgemens sanguins des poumons, du cerveau et du foie, et une stase du sang dans tout le système veineux.

Traitement. L'incertitude qui a régné jusqu'à ce jour sur la nature du sclérôme n'a pas permis de lui appliquer un traitement rationnel. Dans le but de ramollir les parties endurcies, de ranimer la circulation et la chaleur, et de déterminer l'absorption du liquide épanché, on a conseillé les bains, les fumigations et les fomentations avec des décoctions de plantes émollientes au début, et aromatiques par la suite; les cataplasmes, l'eau de Goulard, la décoction de quinquina, animée avec l'eau-de-vie camphrée; les lotions avec l'eau salée ou l'eau de savon; et enfin les vésicatoires le plus près possible des parties affectées. Enfin, on a conseillé aussi l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, pour combattre la congestion cérébrale lorsqu'elle existe. Mais le professeur Paletta rapporte, dans le Mémoire cité, que, sur quarante-trois enfans atteints d'endurcissement du tissu cellulaire, confiés à ses soins, il en a guéri quarante-deux par le moyen des sangsues aux jambes et des bains chauds. Le plus souvent, dit-il, une seule application de sangsues a suffi, surtout chez les enfans à terme; sur dix venus avant terme, on a dû les appliquer

deux fois, et sur deux, on fut obligé de les poser trois fois. Un succès aussi constant dispense de rien ajouter en faveur de la médication proposée. Nous devons dire que nous avons entendu, il y a plusieurs années, M. le professeur Broussais conseiller, contre la maladie qui nous occupe, l'application des sangsues sur le thorax.

De l'éléphantiasis des Grecs (1).

L'éléphantiasis des Grecs, *lèpre tuberculeuse* de la plupart des auteurs, est une sub-inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, qui consiste dans le développement de petites tumeurs, variables en grosseur depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une aveline, indolentes, livides, sans traces d'injection sanguine et sans accroissement de la chaleur locale, et déterminant un peu d'œdème autour d'elles, lesquelles se développent principalement sur la face, sur les oreilles et sur les membres. Quelques-unes de ces tumeurs occupent l'épaisseur du derme, ce qui a fait ranger la maladie, par plusieurs auteurs, parmi les phlegmasies de la peau; il s'en développe quelquefois à la voûte palatine.

Causes. Les causes de cette affection sont peu connues; on ne l'observe que rarement en France, si ce n'est aux Martigues, près de Marseille; elle se montre principalement dans les pays voisins de la mer, les îles et les contrées marécageuses ou baignées par de nombreux étangs, et sur les habitans qui font leur nourriture habituelle des poissons gras et huileux : elle attaque tous les âges et les deux sexes indistinctement; la malpropreté paraît contribuer à son développement.

Symptômes, *marche*, *etc*. Nous avons déjà fait connaître en partie les symptômes de l'éléphantiasis des Grecs, en donnant sa définition, mais il présente quelques particularités, suivant le

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, etc., tom. Ier, p. 656 et suiv.

siége qu'il affecte. Lorsqu'il occupe la face, ce qui est le plus ordinaire, il la déforme d'une manière hideuse, et lui donne un aspect particulier que l'on a comparé à l'aspect de la face du lion, d'où lui est venu le nom de *lèpre léontine* ou *léontasis*, sous lequel on le désigne quelquefois. Voici les caractères qu'il présente alors : il se manifeste par des rides épaisses et hideuses au front, l'épaississement considérable des lèvres, la dilatation des narines, la raucité de la voix, l'accroissement des oreilles, la rougeur ou le blanc livide des yeux qui prennent une forme arrondie, le développement de tubercules nombreux disséminés çà et là sur le front, les joues ou les oreilles, et principalement sur les ailes et le lobe du nez.

Quand la maladie a son siége sur les membres inférieurs, la jambe et le pied surtout prennent un volume considérable ; la peau en est dure, rugueuse, bosselée, grisâtre, presque insensible, et ridée transversalement ; la surface dorsale du pied est gonflée au point de cacher en grande partie les orteils ; la plante de cette même partie est bombée au lieu d'offrir la concavité qui lui est propre, et les tubercules dont elle est garnie sont aplatis ; tout le membre enfin offre l'aspect informe de la jambe et du pied de l'éléphant. C'est en raison de cette analogie d'aspect que les auteurs ont donné le nom d'éléphantiasis à cette maladie ; plusieurs la nomment *lèpre éléphantine*.

C'est par les mêmes caractères à peu près que les tumeurs de l'éléphantiasis des Grecs se manifestent sur les extrémités supérieures ; on les observe toujours plus nombreuses sur les avant-bras, et à leur face externe et postérieure. Quand elles occupent les mains, il y a du gonflement œdémateux, et la peau est douce, luisante et ridée. Enfin, celles qui se développent à la voûte palatine, plus petites que celles de la peau, sont disposées sur une ligne droite depuis les dents incisives jusqu'au voile du palais, cette ligne est plus large en arrière qu'en

avant; quelques-unes se propagent parfois à ce voile lui-même et à la luette.

Quel que soit le siége des tumeurs qui nous occupent, leur marche est, en général, la même; elles s'accroissent lentement, restent souvent stationnaires, et ce n'est que de loin à loin qu'on en voit de nouvelles s'adjoindre aux anciennes. La maladie s'établit donc ordinairement d'une manière insensible. Quelquefois, cependant, des symptômes précurseurs en marquent les approches; ils consistent dans de la faiblesse, de l'inaptitude au mouvement, de la stupeur, quelques douleurs vagues dans les membres, et de la gêne dans les articulations. L'apparition des tumeurs est précédée par des taches rouges ou jaunes-verdâtres sur le front, le nez, les oreilles et le reste du corps; la peau perd de sa sensibilité, elle s'épaissit, devient rugueuse, se ride, et c'est alors que les tumeurs se développent çà et là à sa surface, dans son épaisseur et dans le tissu cellulaire. Quand, ensuite, la maladie a fait des progrès, la membrane muqueuse des fosses nasales se tuméfie, il s'en échappe une odeur infecte, l'odorat s'affaiblit et se perd, la gorge s'ulcère, les amygdales se tuméfient, l'haleine devient fétide et la voix rauque; la respiration est gênée, et, si l'on vient à examiner la voûte palatine, on y voit distinctement les tumeurs dont nous avons parlé. En même temps, lorsque la maladie occupe une grande étendue, les membres prennent des formes hideuses, la peau est rugueuse, sèche, ridée transversalement, surtout autour des articulations; les tumeurs deviennent le siége d'une inflammation plus ou moins aiguë, avec rougeur, chaleur et douleur; elles se ramollissent, suppurent et s'ulcèrent en donnant issue à un pus sanguinolent qui se dessèche promptement, et forme des croûtes brunes ou noirâtres dépassant à peine le niveau de la peau. Ces ulcérations restent souvent stationnaires, mais souvent aussi elles prennent un caractère rongeant; leur surface est d'un rouge sale, les bords en sont relevés, durs, inégaux; il s'en écoule une suppuration

abondante, fétide et semblable à de la lavure de chair, et elles envahissent parfois les muscles et même les cartilages et les os, et les détruisent. Tout le corps est bientôt couvert d'ulcérations semblables; les doigts des pieds et des mains, les oreilles, le nez, tombent par lambeaux; les organes pulmonaires et digestifs ne tardent pas à s'affecter; la gêne de la respiration, la perte d'appétit, une soif dévorante, la diarrhée, les selles sanguinolentes, conduisent le malade au dernier degré du marasme, et la rigidité des membres et l'abolition des sens terminent une vie depuis long-temps devenue insupportable.

La peau qui recouvre les parties affectées perd ordinairement, comme nous l'avons déjà dit, sa sensibilité; la barbe, les sourcils et les poils des aisselles, des parties génitales et des membres, tombent, ou ne se développent pas si la maladie survient avant la puberté. L'éléphantiasis paraît n'exercer pendant long-temps aucune influence sur les organes pulmonaires et digestifs; ce n'est qu'à son dernier terme et lorsqu'il est étendu que cette influence a lieu; il ne trouble pas la transpiration cutanée; enfin, il n'exerce sur les désirs vénériens ni l'action excitante que lui attribuent quelques pathologistes, ni l'action contraire que d'autres lui prêtent. Quand à ses caractères anatomiques, ils sont encore peu connus; suivant quelques auteurs, les tumeurs sont uniquement formées par du tissu cellulaire induré, suivant d'autres, ce sont autant de petits kystes contenant une sérosité gluante et rougeâtre; la peau ne s'est montrée enflammée que sur les tumeurs en suppuration ou ulcérées.

Traitement. On a conseillé contre cette maladie le régime végétal et lacté, les bouillons gélatineux, la chair de tortue et les bains émolliens et narcotiques. On a eu recours aux évacuations sanguines, aux purgatifs, aux sudorifiques, aux préparations antimoniales, mercurielles et arsénicales, à la teinture de cantharides, presque sans succès. L'arsénic et ses diverses préparations est de tous ces moyens celui qui paraît cependant mériter la pré-

férence. M. Rayer pense qu'il agit en portant une action irritante sur la peau, et que par conséquent on obtiendrait le même résultat et avec moins de danger par les bains sulfureux, et surtout par des frictions avec le liniment volatil ou la pommade d'hydriodate de potasse, en surveillant toutefois l'action de ces agens, afin d'être toujours prêt à les suspendre et à modérer l'inflammation s'ils l'avaient élevée à un degré trop considérable (1).

Il n'y a rien à faire en général contre les ulcérations qui succèdent aux tumeurs de l'éléphantiasis qui siége sur les membres thoraciques; elles se guérissent ordinairement d'elles-mêmes, et leur cicatrisation s'opère au-dessous des croûtes qui les recouvrent. Celles des orteils, des pieds, et surtout celles des malléoles et des jambes guérissent difficilement, mais elles ne réclament que les moyens ordinaires que l'on applique à tous les ulcères en général.

L'émigration dans d'autres contrées est le plus puissant moyen, sinon de guérison, au moins d'amélioration de l'éléphantiasis produit par des influences locales.

SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

Considérations générales.

La sub-inflammation est plus fréquente dans les ganglions lymphatiques que l'inflammation : cela tient à leur peu de vitalité, à la nature des fluides qui les traversent, et à leur éloignement de toutes les causes d'excitation. Protégés par la peau contre les agens extérieurs ou placés dans la profondeur des parties, ces organes ne reçoivent presque jamais directement l'influence des causes irritantes, elle leur est presque toujours transmise. C'est ainsi que les ganglions du mésentère et ceux qui entourent les bronches, ne s'irritent en général que sous l'influence de la stimulation des membranes muqueuses intesti-

(1) *Ouvrage cité*, tom. Ier, pag. 666.

nales et bronchiques; et ceux du cou, des aisselles et des aines, par l'effet de l'excitation de la peau ou des parties voisines, ou par l'action de causes qui débilitent le système sanguin. Ce n'est donc que dans le cas d'absorption d'un virus par les radicules lymphatiques, que l'action de l'agent morbifique est immédiate, et c'est seulement alors aussi qu'on les voit devenir le siége d'inflammation violente et quelquefois de gangrène rapide. Il résulte de toutes ces causes que les ganglions lymphatiques se gonflent lentement, s'échauffent à peine, restent pendant long-temps indolores, et deviennent facilement squirrheux ou tuberculeux. Quant aux capillaires lymphatiques, ils ne donnent également lieu, quand ils sont irrités, qu'à des phénomènes purement locaux, et même moins saillans que ceux que provoque l'irritation des ganglions. Ainsi la chaleur de la partie n'est pas augmentée, la douleur est presque toujours nulle, il n'y existe pas de rougeur, et il ne reste pour caractériser leur sub-inflammation, que l'appel plus considérable de fluides blancs.

De la sub-inflammation des ganglions lymphatiques.

On a confondu jusqu'à présent sous le nom de scrofules, deux affections du système lymphatique essentiellement différentes: l'une qui consiste dans l'engorgement chronique, non sanguin et indolent, des capillaires et des ganglions lymphatiques du cou, et l'autre qui résulte du développement de véritables *tubercules* sous-cutanés dans la même région. Nous ne pouvons voir en effet des tubercules dans ces sortes d'empâtemens du cou, dont les enfans offrent de si nombreux exemples, ni dans ces engorgemens des ganglions lymphatiques de la même région, si fréquens chez les jeunes sujets à l'époque de la seconde dentition, très-communs aussi chez les femmes à Paris, et dont la résolution est souvent très-rapide, ou qui, lorsqu'ils viennent à s'enflammer, se ramollissent, suppurent et se fondent en

totalité en fournissant un pus qui ne diffère pas de celui des abcès ordinaires. Ces engorgemens nous paraissent exactement de la même nature que ceux des ganglions lymphatiques de l'aîne ou de l'aisselle, qui surviennent à l'occasion d'une blessure du pied ou de la main, et que ceux des ganglions lymphatiques du cou, provoqués par la présence d'un vésicatoire à la nuque, ou d'une suppuration du derme chevelu, dans la teigne par exemple, ainsi que cela s'observe fréquemment. Ce ne sont là que des sub-inflammations. Mais aussi, il nous semble qu'on ne doit pas rapprocher de ces engorgemens ces masses dures dès les premiers temps de leur formation, qui s'accroissent lentement, sourdement, en prenant chaque jour plus de consistance, rebelles à tous les moyens résolutifs ou autres dirigés contre elles, lesquelles, lorsque l'inflammation s'en empare, ne se ramollissent que partiellement, fournissent une suppuration jaunâtre, très-liquide, et entraînant avec elle de petits flocons blanchâtres, qui paraissent être des débris de lymphe coagulée, suppuration intarissable, bien que souvent peu abondante, et ne contribuant à l'affaissement des tumeurs qu'avec une lenteur désespérante. Ces masses sont bien évidemment formées par des tubercules sous-cutanés. Sans doute, il n'est pas toujours facile de distinguer ces affections entre elles; mais nous croyons que, dans un grand nombre de cas, cette distinction est possible, et nous allons essayer de tracer ici les caractères de la première, renvoyant aux désorganisations l'histoire de la seconde, c'est-à-dire celle des tubercules sous-cutanés ou *scrofules*.

Causes. Nous avons déjà fait connaître en partie les causes de cette affection ; nous allons cependant les reproduire avec de nouveaux détails. Les plus ordinaires, les plus efficaces sont, pour les ganglions lymphatiques du cou, le travail de la seconde dentition, l'inflammation chronique qui s'observe fréquemment aux lèvres, au pourtour de la bouche et à l'entrée des narines des enfans, et qui couvre ces parties de croûtes jaunâtres ou

grisâtres, la présence à la nuque d'un vésicatoire irrité, l'existence d'une teigne, les dartres du pavillon des oreilles ou la phlegmasie chronique du conduit auditif externe, et pour les ganglions lymphatiques des aisselles et des aines, les blessures et les inflammations des mains et des pieds, et quelquefois la simple fatigue de ces parties. L'inflammation de la verge dans la syphilis détermine quelquefois un engorgement indolent des ganglions lymphatiques de l'aine, qui n'a souvent rien d'inflammatoire, et doit être considéré comme un état de sub-inflammation.

Mais, à ces causes directes de l'engorgement des ganglions lymphatiques, il s'en ajoute souvent de plus éloignées, plus générales, et qui n'en sont pas moins puissantes. Cela s'observe principalement pour l'engorgement de ceux du cou. Le froid humide et le défaut d'insolation exercent surtout une influence des plus marquées sur leur production. Paris, et principalement les rues étroites de la Cité, et toutes celles qui avoisinent la Seine, en offrent des exemples journaliers, et nous avons souvent remarqué que, dans les hivers humides, non-seulement beaucoup d'enfans, mais encore un grand nombre de femmes, même parmi celles qui jouissent des commodités de la vie, sont affectés de cette sub-inflammation. Le tempérament lymphatique, la finesse de la peau, une nourriture trop peu stimulante, et l'habitation dans les lieux bas et humides, favorisent singulièrement l'action de ces causes et contribuent au développement de la maladie.

Symptômes, *marche*, etc. Quelquefois annoncé par de la douleur, l'engorgement des ganglions lymphatiques, soit du cou, soit d'une autre partie, se forme le plus ordinairement sans qu'on s'en aperçoive, et s'il n'existe aucune de ces inflammations extérieures dont nous avons parlé qui puisse en faire soupçonner et rechercher l'existence, le hasard seul les fait découvrir. Quelquefois cependant ils soulèvent la peau et deviennent apparens, dans quelques cas même cette membrane

prend une légère teinte rosée au dessus d'eux. Quoiqu'il en soit, on sent immédiatement au dessous des tégumens des petites tumeurs, mobiles, ovales, de consistance moyenne, de grosseur variable depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une grosse olive, peu douloureuses en général à la pression, et tantôt disséminées, tantôt disposées en chapelet; quelquefois il n'en existe qu'une seule. Ces tumeurs restent très-souvent stationnaires, et ne causent que de loin à loin quelques douleurs passagères et peu vives; quelquefois cependant elles s'accroissent, mais lentement et sans augmenter de consistance; on ne les voit presque jamais devenir adhérentes; rarement elles prennent le caractère du squirrhe.

Au bout d'un temps plus ou moins long, après quelques mois par exemple, au retour de la chaleur si la maladie a été contractée en hiver, ou par un séjour à la campagne, on voit les engorgemens diminuer peu à peu et finir bientôt par disparaître; tel est, du moins, leur mode le plus ordinaire de terminaison. Quelquefois cependant une des tumeurs s'enflamme, c'est ordinairement la plus volumineuse, elle prend de l'accroissement, se ramollit, devient fluctuante, s'ouvre, fournit un pus crêmeux et de bonne nature, s'affaisse et se dissipe en quelques jours, soit qu'elle ait été entièrement comprise dans la fonte purulente, soit qu'elle y ait échappé à sa circonférence. Pendant que ce travail morbide s'opère, il arrive toujours de deux choses l'une, ou bien tous les autres ganglions engorgés se résolvent, ou bien l'un d'eux s'enflamme à son tour quand le premier touche à sa guérison et suit la même marche. On en voit quelquefois trois ou quatre s'enflammer ainsi successivement et parcourir les mêmes périodes. Dans quelques cas enfin, on voit un ou plusieurs de ces engorgemens se perpétuer pendant plusieurs années. Cette affection, que l'on ne confondra plus maintenant, nous l'espérons, avec les scrofules, est rarement grave.

Traitement. C'est parce que l'on a jusqu'ici confondu la ma-

ladie que nous venons de décrire avec les scrofules, que le traitement de l'une et de l'autre est encore si incertain et surtout si contradictoire dans les auteurs. Ainsi, tandis que les uns vantent les saignées locales et tous les antiphlogistiques, à l'exclusion des stimulans, les autres ne voient de salut pour les malades que dans l'emploi des excitans les plus énergiques, et proscrivent les adoucissans, et tous citent des faits nombreux à l'appui de leur opinion. Raisonnant sur un fait complexe dont chacun s'obstine à ne voir qu'une des faces, il est impossible qu'ils parviennent à tomber d'accord. Nous avons cherché la vérité entre ces opinions opposées; nous avons interrogé l'observation, ce que nous a rendu facile notre position dans un quartier populeux, rempli d'ouvriers, dont les enfans et les femmes nous offraient de fréquens exemples des faits que nous voulions étudier, et voici quels sont les résultats de notre expérience à cet égard.

L'engorgement des ganglions lymphatiques du cou cède très-bien aux cataplasmes émolliens et aux applications locales de sangsues, chez les enfans sanguins, lorsqu'il existe des douleurs assez vives dans la partie engorgée, et lorsque surtout la peau qui recouvre les tumeurs offre une teinte rosée plus ou moins vive. Mais ce cas n'est pas le plus ordinaire, et dans un bien plus grand nombre de circonstances les cataplasmes seuls suffisent. Il est peut-être plus ordinaire encore de voir les tumeurs se résoudre aisément, sous la seule influence d'une chaleur uniforme et constante, entretenue dans la partie au moyen d'un morceau de flanelle ou de ouate de coton; quelquefois cependant il faut y joindre l'emploi des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. Dans des cas nombreux, les cataplasmes nuisent; ils augmentent les douleurs, provoquent un gonflement rapide des ganglions engorgés, et semblent y faire naître un état d'inflammation dont la suppuration serait bientôt la suite; c'est très-probablement à l'humidité qu'ils entretiennent dans la partie, humidité que nous avons vu être une des

causes productrices de la maladie qu'il faut attribuer leurs mauvais effets dans ces circonstances. Enfin les saignées locales, en déterminant une congestion sanguine vers les tumeurs, ont plus d'une fois aggravé le mal d'une manière bien évidente à nos yeux. La conséquence générale que nous avons tirée de toutes ces observations, a été que le parti le plus sage dans cette maladie est de se borner en général à entourer le cou des malades de flanelle ou de ouate de coton, et de n'avoir recours que rarement, et dans les seules circonstances que nous avons signalées, aux frictions d'hydriodate de potasse et surtout aux saignées locales et aux cataplasmes. Voilà pour le traitement local.

L'usage d'une infusion de houblon ou tout simplement de la bière, d'un peu de sirop ou de vin dits *anti-scorbutiques*, nous a paru hâter quelquefois la guérison ; jamais nous n'avons eu recours à des stimulans plus actifs ; souvent les malades n'ont rien pris, soit par indocilité, soit parce qu'ils nous ont paru trop irritables ou atteints déjà d'une irritation de l'estomac, et n'en ont pas moins guéri. Il suffit de donner le sirop ou le vin dits *anti-scorbutiques* pendant les saisons humides ; il est prudent de les suspendre pendant les chaleurs ou le froid sec. Dans quelques cas où le mal nous paraissait rebelle, nous avons retiré des bons effets des préparations d'or employées en frictions sur la langue à la manière du docteur Chrestien. Mais presque chaque fois que les malades ont pu se vêtir de flanelle, se nourrir avec des alimens de bonne nature, et principalement avec des viandes rôties, ou tout simplement se transporter à la campagne pendant la belle saison, il a été inutile d'avoir recours aux moyens internes que nous venons d'indiquer.

En résumé, des vêtemens de flanelle sur la peau et surtout autour des tumeurs, une boisson amère, une nourriture saine, et, s'il se peut, le séjour à la campagne, telle est la thérapeutique simple qui convient à cette maladie. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que dans les cas où l'engorgement des gan-

glions lymphatiques est l'effet sympathique de l'inflammation de parties plus ou moins éloignées, il ne peut céder que lorsque ces inflammations ont disparu, et que c'est par conséquent contre elles qu'il faut diriger tous les moyens thérapeutiques.

De la sub-inflammation des ganglions mésentériques.

Nous avons dit en parlant de l'entérite, que c'était toujours sous l'influence de l'irritation de la membrane muqueuse des intestins que les ganglions du mésentère s'engorgeaient. Cet engorgement peut persister après la disparition de l'entérite ; presque toujours il est de nature sub-inflammatoire. C'est à cette affection que l'on a donné le nom de *Carreau*. Il est impossible de séparer l'histoire de cette maladie de celle de l'inflammation chronique des voies digestives ; ce sont les mêmes causes, les mêmes symptômes, et le même traitement. Quand il n'existe pas d'entérite, l'engorgement des ganglions ne se manifeste en général par aucun symptôme ; que si cet engorgement est assez considérable pour être appréciable au dehors, il est accompagné des phénomènes de l'entérite. C'est donc envain qu'on chercherait à tracer l'histoire particulière de la sub-inflammation qui nous occupe, on ne pourrait que répéter ce qu'on aurait dit en traitant de la phlegmasie chronique du tube intestinal. Nous ajouterons que nous avons toujours vu le *Carreau* s'aggraver sous l'influence des médications stimulantes, et qu'il nous arrive chaque jour de le guérir par la méthode adoucissante. Les bains et les lavemens de décoction de son, les cataplasmes émolliens sur le ventre, les applications de sangsues à l'anus en petit nombre et proportionnées pour la fréquence à l'intensité des symptômes d'excitation, l'usage exclusif du lait ou de panades légères, et même la diète absolue si la chaleur de la peau et la fréquence du pouls sont considérables, une boisson adoucissante, des vêtemens de flanelle appliqués immédiate-

ment sur la peau, et le séjour à la campagne lorsque nous pouvons l'obtenir : tels sont les moyens qui nous réussissent presque constamment.

SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME DERMOÏDE.

Considérations générales.

La peau peut aussi contracter des sub-inflammations. Les tannes nous en paraissent un exemple bien évident, et nous ne pensons pas que l'on puisse rapporter ces affections aux phlegmasies ni les rallier aux désorganisations, à moins qu'on ne veuille y voir de petits tubercules. Il en est de même de la lèpre, maladie dans laquelle l'injection sanguine existe à peine dans quelque cas, et souvent même est tout à fait nulle, et qui est au contraire caractérisée par un appel considérable de fluides blancs. Ces deux maladies ne sont sans doute pas les seules sub-inflammations dont la peau soit susceptible, mais celles qui s'y développent encore, ou bien succèdent à des phlegmasies, et alors leur histoire s'y rattache, ou bien sont suivies de désorganisations avec lesquelles on les confond.

Des tannes.

On nomme ainsi de petites concrétions formées par l'humeur épaissie des follicules de la peau, ayant leur siège le plus ordinaire au dos et au visage, particulièrement autour des ailes du nez et aux tempes, et sortant par la pression sous forme de vers blanchâtres, dont l'extrémité qui était exposée à l'air est noire. A la rigueur, ces concrétions ne constituent pas un état morbide ; cependant on ne peut pas dire que la peau qui en est affectée soit dans son état naturel, et l'on doit les considérer comme de petites sub-inflammations isolées ; elles sont intermédiaires à l'état normal et à celui de maladie, et donnent une idée assez exacte, au degré d'irritation près, de ce que nous

entendons par sub-inflammation. Réunies en grand nombre dans un très-petit espace, elles font souvent naître autour d'elles un travail inflammatoire, dont le résultat est l'issue d'une plus ou moins grande quantité de matière caséiforme : cette matière sort par la pression, et souvent son expulsion est suivie du suintement plus ou moins abondant d'un fluide limpide et concrescible. Il est probable que les boutons de la face qui dégénèrent en ulcères carcinomateux commencent par des tannes.

De la lèpre.

M. Alibert comprend sous cette dénomination plusieurs sub-inflammations de la peau, envahissant tôt ou tard le tissu cellulaire, et dont les caractères communs et principaux sont, l'épaississement et la rugosité de la peau, produits par l'abord et la stase d'une grande quantité de fluides blancs dans son tissu, et la diminution plus ou moins considérable, et même la perte absolue de sa sensibilité. Ce professeur en reconnaît trois espèces, savoir : *la lèpre squameuse*, la *lèpre crustacée*, et la *lèpre tuberculeuse*. Cette dernière a été décrite précédemment sous le nom d'*éléphantiasis des Grecs*; ce n'est pas une lèpre.

Causes. Cette maladie étant devenue extrêmement rare en Europe, ce qui n'a pas permis d'en étudier les causes avec soin, il règne beaucoup d'obscurité sur son étiologie ; cependant on sait, à n'en pas douter, qu'elle se transmet par voie d'hérédité, et il ne paraît pas mois certain qu'elle est contagieuse. Certaines localités favorisent son développement ; on l'observe surtout dans les lieux où stagnent des eaux salées, et où règne une violente chaleur. Toutefois, elle se montre aussi dans les climats glacés de la Norvège et du Groenland, mais toujours sur les côtes, et paraît être due à l'usage du poisson salé ou fumé, qui fait la nourriture presque exclusive de la plupart des habitans de ces contrées pendant la majeure partie de l'année. Les viandes putréfiées et corrompues, et l'usage du cochon salé dans les pays chauds, en sont aussi des causes très-

probables. La malpropreté concourt sans doute puissamment à sa production. Elle peut être la suite de l'application long-temps prolongée de topiques irritans sur des dartres; les anciennes affections syphilitiques, scorbutiques ou dartreuses donnent quelquefois le caractère lépreux à la peau; enfin, on l'a vue naître sous l'influence d'une cause mécanique ordinaire. Quelques auteurs pensent qu'elle peut être produite par les affections morales.

Symtômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La *lèpre squameuse* ou *lèpre des Grecs* et *des Hébreux*, a pour caractère des écailles plus ou moins larges, ordinairement orbiculées, dures, verruqueuses, rudes au toucher, quelquefois traversées par des sillons profonds, d'une couleur cendrée ou d'un gris noirâtre, et entourées d'une aréole rougeâtre. Elle comprend trois variétés, savoir : la *lèpre blanche*, consistant en des taches blanches et farineuses, disséminées à la surface de la peau et entourées d'une aréole rougeâtre; la *lèpre noire*, dont les écailles sont grisâtres, dures et luisantes, et l'aréole qui les entoure d'un rouge sale ou violacé; et la *lèpre tyrienne*, dans laquelle les écailles donnent à la peau l'aspect de celle des serpens, tombent souvent spontanement, se reforment de suite, s'étendent parfois à la totalité du corps, et sous lesquelles se trouve quelquefois un liquide purulent. Ces trois variétés de la lèpre squameuse commencent toujours par le derme chevelu et à la nuque; elles envahissent rarement toutes les parties de la peau. Cette lèpre cause quelquefois une démangeaison insupportable; et lorsque les écailles commencent à se détacher, il suinte une matière d'apparence lymphatique, sanguinolente lorsque le malade se gratte fortement, et quelquefois ichoreuse; quelquefois les ongles s'épaississent, s'allongent et se recourbent, et dans la dernière période de la maladie ils se corrompent et tombent. A ce degré, les articulations sont raides et immobiles, la peau se dessèche et devient insensible, des sueurs nocturnes ont lieu, et le marasme emporte plus ou moins rapide-

ment le malade. Cette lèpre s'exaspère toujours en hiver et quelquefois au printemps. Elle se change quelquefois en lèpre tuberculeuse.

La *lèpre crustacée* est caractérisée par des croûtes tuberculeuses, inégales, sillonnées, formant des plaques larges et épaisses, et laissant sur la peau des cicatrices ineffaçables. Elle comprend quatre variétés : 1° la *lèpre vulgaire*, où *lèpre proprement dite*, consistant en des tubercules pustuleux qui se convertissent en croûtes rugueuses, âpres et dures, d'abord d'un jaune verdâtre, puis de plus en plus noirâtres à mesure qu'elles se dessèchent, et sous lesquelles existent des foyers purulens contenant un ichor fétide ; 2° la *lèpre scorbutique*, ou *mal de Rose des Asturies*, dans laquelle des taches d'un rouge vif précèdent la formation des croûtes, qui sont grises, profondément sillonnées, quelquefois même jusqu'au vif, ordinairement situés aux métacarpes et aux métatarses, quelquefois entre les deux clavicules ou à la partie supérieure du sternum, accompagnées d'une ardeur locale insupportable que la chaleur du lit augmente, et de symptômes d'irritation gastrique ; 3° le *mal-mort*, caractérisé par des pustules qui se couvrent de croûtes larges, profondément sillonnées, tuberculeuses, d'un jaune verdâtre, attaquant principalement les bras, lès cuisses et les jambes, quelquefois le visage et la partie antérieure de la poitrine, avec langueur et marasme ; 4° enfin, la *lèpre syphilitique*, caractérisée par des boutons pustuleux, croûteux et tuberculeux, arrondis, inégaux, très-élevés au dessus de la peau, dont les uns sont rapprochés et confondus, les autres entièrement isolés ; et par des croûtes d'un jaune verdâtre, tantôt épaisses, offrant des aspérités déprimées à leur centre, ou fendillées et sillonnées, tantôt proéminentes et mamelonnées, couvrant une matière puriforme très-fétide, et existant le plus souvent au front.

La lèpre dont nous venons de décrire, d'après les auteurs, les quatre variétés, est ordinairement précédée de mélancolie, de tris-

tesse, de faiblesse, et de lassitudes extrêmes. Elle débute souvent par des pustules bleuâtres, qui se manifestent surtout au visage, se développent lentement, se recouvrent de croûtes, lesquels envahissent principalement la partie postérieure du tronc et les membres, dont elles gênent les mouvemens. Ces croûtes sont sèches, et il s'écoule quelquefois de leur base une humeur jaune et horriblement fétide, et si on les arrache, c'est un sang noirâtre qui s'échappe. La peau se dessèche, devient rugueuse et souvent insensible, et prend au visage une teinte bronzée, cuivreuse, livide ou violacée. L'irritation se communique à la membrane pituitaire, qui sécrète un liquide acrimonieux, et s'ulcère; elle se propage à la voûte palatine et à la gorge, où des ulcérations se forment également; les narines et les lèvres se gonflent, les bords des paupières rougissent et s'ulcèrent aussi, et des symptômes d'irritation gastrique se manifestent. Les ulcérations de la peau gagnent le tissu cellulaire, les muscles et les os eux-mêmes; les doigts et les mains tombent en pourriture; et tous ces ravages s'opèrent presque sans douleur. Des symptômes de scorbut se manifestent quelquefois, et principalement dans la lèpre des Asturies. Quand la maladie est peu avancée, elle diminue pendant les chaleurs de l'été, mais tôt ou tard le malade succombe dans l'épuisement et le marasme.

La durée des deux espèces de lèpre que nous venons de décrire est toujours longue; elle est souvent d'un grand nombre d'années. Cette maladie est rarement curable.

Traitement. Il règne la plus grande incertitude sur le traitement qu'il convient d'opposer à la lèpre; voici les moyens que la théorie conseille. Changer le régime du malade et le mettre à l'usage des alimens doux et nourrissans; recommander la plus grande propreté; lui donner à l'intérieur les sudorifiques, les décoctions des plantes dites dépuratives; à l'extérieur, employer les applications émollientes en cataplasmes et en bains, les bains de vapeurs simples ou émolliens, les

narcotiques, les eaux sulfureuses en bains ou en douches, et surtout continuer ce traitement avec persévérance, sans se laisser décourager par la lenteur du succès. Voici maintenant quelques-uns de ceux qu'on a tour à tour vantés contre cette affection. On a préconisé la saponaire, la contrayerva, la serpentaire de Virginie, la zédoaire, le *lédum palustre*, le trèfle d'eau, l'écorce d'orme pyramidal, la douce-amère, l'extrait de ciguë, la teinture de cantharides, les arséniates de potasse ou de soude, et à l'extérieur les frictions mercurielles. Nous bornons là cette énumération, en faisant des vœux pour qu'un médecin instruit observe cette hideuse maladie dans les contrées où elle est endémique, et jette enfin quelque jour sur son traitement.

SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME MUQUEUX.

Considérations générales.

Nous n'aurons que peu de mots à dire sur les sub-inflammations des membranes muqueuses. Dans tous les points de leur étendue elles peuvent, il est vrai, s'épaissir et s'engorger uniquement de fluides blancs sous l'influence de l'irritation; mais d'abord cela est rare, en raison du grand nombre de vaisseaux sanguins qui les parcourent et s'injectent avec tant de facilité; en second lieu, presque partout inaccessibles à la vue, aucun symptôme extérieur ne distingue leur sub-inflammation de leur état de phlegmasie chronique; enfin, c'est presque toujours à la suite d'une inflammation lente, sourde, ou long-temps prolongée, que ces membranes se sub-enflamment, et rien n'indique encore le passage du premier mode d'irritation au second.

Cependant, il n'est pas douteux que l'irritation puisse, dès son début, n'appeler que des fluides blancs dans la membrane muqueuse qu'elle occupe. C'est probablement ainsi que les choses

se passent au début de ces dégénérescences lardacées de l'estomac, à peine accompagnées de quelques symptômes légers et insignifians, dont on ne soupçonne quelquefois pas même l'existence pendant la vie, ou qui ne se revèlent à l'observateur et au malade lui-même, que peu de temps avant la mort. La désorganisation gélatiniforme est sans doute aussi quelquefois primitive, et les perforations dites spontanées de l'estomac et des intestins sont peut-être aussi fréquemment la suite des sub-inflammations que des phlegmasies ou des gangrènes de ces organes. Mais, nous le répétons, aucun symptôme ne pouvant faire distinguer dans les membranes muqueuses, pendant la vie, le mode d'irritation qui nous occupe du mode inflammatoire ou de leur désorganisation, il est impossible d'en tracer une histoire fondée sur l'observation. Nous renvoyons en conséquence, à ce que nous avons dit en traitant des phlegmasies de ces membranes, et à ce que nous dirons plus tard de leur désorganisation.

SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME GLANDULAIRE.

Considérations générales.

Tous les corps glandulaires peuvent être atteints d'irritation sub-inflammatoire, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'engorger de fluides blancs sans trace d'injection sanguine, et cela dès le premier instant qu'ils ressentent l'influence d'une cause irritante. Mais, d'une part, cet état morbide y succède presque toujours à l'inflammation, et de l'autre, il est très-fréquemment suivi de la désorganisation de l'organe, de sorte que tantôt on peut le considérer comme un état de phlegmasie, et tantôt comme le premier degré du squirrhe. La difficulté de le distinguer de ces deux autres états morbides, l'inutilité de cette distinction pour la pratique, nous engagent donc à renvoyer aux phlegmasies chroniques des glandes et à leurs désorganisations l'histoire de leur sub-inflammation.

SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME FIBREUX.

Considérations générales.

Le système fibreux est par sa nature même éminemment disposé aux sub-inflammations; à peine pénétré par quelques vaisseaux sanguins excessivement déliés, les causes d'irritation ne peuvent que difficilement y déterminer l'afflux sanguin nécessaire pour constituer un état inflammatoire, elles y provoquent au contraire avec facilité un appel plus considérable de fluides blancs. Cependant aucun auteur ne parle des sub-inflammations de ce système, et l'on rapporte généralement aux inflammations toutes les irritations dont il est affecté. La profondeur à laquelle il est placé, et surtout la rareté des occasions où l'on puisse se livrer à des recherches anatomiques sur ses irritations aiguës, justifie cette omission, et nous mêmes nous n'aurions pas parlé de ses sub-inflammations, si nous n'avions été contraints de ranger parmi elles celles de la cornée et celle du cristallin. Ces deux parties ne pouvant être rattachées à aucun tissu de l'économie, nous avons dû les rapprocher de celui avec lequel elles nous ont paru avoir le plus d'analogie.

De l'albugo.

A la suite des inflammations violentes de l'œil, il se développe presque toujours à la cornée une tache blanche, opaque, placée entre les lames de cette membrane, et formée par un épanchement de fluides blancs concrescibles; c'est à cette tache qu'on a donné le nom d'*albugo*. On la voit aussi survenir quelquefois spontanément, ou du moins sans cause appréciable, chez les individus affectés de syphilis, de dartres, de sub-inflammations des ganglions lymphatiques sous-cutanés, ou de scrofules. Elle offre des caractères assez tranchés pour qu'on ne la confonde pas avec les autres taches de la cornée, avec le

nuage par exemple, mais il faut avouer que cette distinction est de bien peu d'importance. Voici cependant ces caractères.

L'albugo consiste en une tâche irrégulière, blanche, bleuâtre et légèrement nacrée, plus opaque en général au centre qu'à la circonférence, et qui en raison de la profondeur à laquelle elle est située n'est presque jamais saillante ou l'est fort peu. Cette tache est quelquefois isolée au milieu de la cornée, d'autrefois au contraire elle est sillonnée et même pénétrée par de petits vaisseaux sanguins. Suivant la partie de la cornée qu'il occupe, son étendue, et son degré d'opacité, l'albugo gêne plus ou moins la vision; large et placé au centre de la cornée, il produit la cécité; placé sur un des points de la circonférence de cette membrane, il force le malade à regarder obliquement, à loucher; quand il est très-circonscrit et qu'il occupe le centre de la cornée, il gêne moins la vision dans les lieux peu éclairés qu'au grand jour, en raison de la plus grande dilatation de la pupille dans l'obscurité que dans la lumière, ce qui permet à un plus grand nombre de rayons lumineux de parvenir à la rétine.

Le *nuage* ou *néphélion*, auquel nous ne consacrerons pas une description particulière, diffère de l'albugo en ce qu'il est moins opaque, plus superficiel, et qu'il semble consister plutôt dans un obscurcissement, un ternissement de la transparence de la cornée, que dans l'épanchement entre les lames de cette membrane d'une sérosité lactescente, comme cela a lieu dans l'albugo; il est en outre blanchâtre, et se confond insensiblement sur les bords avec les parties voisines. Enfin le *leucoma* ou cicatrice de la cornée, a pour caractères d'offrir toujours une dépression sensible et une couleur lisse et luisante qui tranche fortement avec celle de la cornée; on ne le confondra donc pas avec l'albugo.

Traitement. L'albugo produit par la conjonctivite aiguë ou chronique cède ordinairement en même temps que cette phlegmasie ou peu de temps après, sous l'influence des moyens di-

rigés contre elle, c'est-à-dire, aux saignées générales et locales, aux révulsifs, aux collyres et aux topiques émolliens, aux astringens, etc. Chez les enfans surtout la guérison s'en obtient presque toujours facilement ainsi, elle est même quelquefois spontanée. Mais lorsqu'il n'existe plus de traces d'inflammation, et dans les cas où l'albugo s'est développé sans en avoir été précédé, il faut avoir recours à la pommade de Janin, à l'insufflation de l'oxide de bismuth ou du sucre candi réduits en poudre impalpable, aux lotions d'eau de mer, d'eau de Balaruc (Demours), aux collyres astringens et résolutifs contenant des sulfates de zinc, de cuivre, de fer, de l'acétate de plomb etc., au laudanum pur, ou au fiel de bœuf, de brebis, de brochet, de barbeau, portés sur la tache trois à quatre fois par jour à l'aide d'un petit pinceau. On emploie en même temps de légers purgatifs souvent répétés pour entretenir une révulsion continuelle sur les voies digestives, des vésicatoires, ou un séton à la nuque.

Alors même qu'il n'existe plus d'inflammation du globe de l'œil, on doit cependant encore employer quelques saignées locales lorsqu'il existe sur la conjonctive des vaisseaux variqueux. M. Demours conseille dans ce cas d'appliquer une ou deux sangsues à la face interne de la paupière inférieure, de scarifier les vaisseaux variqueux ou de les enlever entièrement avec des ciseaux courbes; il conseille aussi, lorsque l'albugo est saillant à l'extérieur, d'introduire obliquement la pointe d'une lancette aiguë dans trois ou quatre points de la tache. Il n'y a d'autre ressource que dans l'établissement de deux pupilles artificielles, lorsque l'albugo existe sur les deux cornées, qu'il ne cède pas aux moyens que nous venons d'indiquer, et s'oppose complètement à la vision.

De la cataracte.

La cataracte consiste dans l'opacité, soit du cristallin, soit de sa capsule, ou du liquide contenu entre eux et connu sous

le nom d'humeur de Morgagni; elle peut donc être considérée comme une sub-inflammation. Ces parties peuvent être affectées isolément, ou deux à deux, ou toutes les trois simultanément. De là plusieurs variétés de cataracte : la première a été appelée *cristalline* ou *lenticulaire;* la deuxième, *capsulaire* ou *membraneuse*; la troisième, *interstitielle;* et enfin la quatrième, celle où plusieurs parties à la fois sont devenues opaques, a reçu le nom de cataracte mixte, ou *capsulo-lenticulaire*. Dans tous ces cas, le cristallin ou sa membrane devenus opaques, agissent comme de véritables corps étrangers interposés entre les objets extérieurs et le fond de l'œil, où ils empêchent les rayons lumineux d'arriver.

Causes. L'étiologie de cette maladie est assez obscure. Quelquefois elle survient sans aucune cause appréciable; néanmoins on compte au nombre des conditions qui peuvent y donner lieu, la vieillesse, l'impression long-temps prolongée d'une lumière vive, l'usage habituel des alcooliques, les lectures continuées à une lumière artificielle, l'exercice de certaines professions qui obligent à fixer long-temps de petits objets, surtout lorsqu'ils sont brillans; certaines maladies, telles que la syphilis, l'arthritis; enfin toute lésion, commotion ou contusion de l'organe de la vue.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que toutes ces causes et une foule d'autres qu'il aurait été trop long de rapporter, paraissent agir principalement en déterminant l'irritation du cristallin et de ses enveloppes; c'est par la même raison que toutes les phlegmasies de l'œil sont fréquemment suivies de l'opacité du cristallin et de sa capsule.

La cataracte est parfois héréditaire; on l'a vue se transmettre pendant plusieurs générations; d'autres fois elles se produit chez un certain nombre d'individus d'une même famille dont les ascendans n'avaient point été affectés de cette maladie, et dans ce cas, ou la cataracte est congéniale, ou elle se développe par suite à un âge qui est ordinairement le même entre

parens. Martin a connu une famille dont tous les membres étaient frappés de cataracte à l âge de quinze à vingt ans. M. Bégin rapporte un cas semblable, où les enfans tenaient cette disposition de leur père ; Richter a vu trois enfans des mêmes parens qui eurent tous des cataractes à l'âge de trois ans ; le même auteur a pratiqué l'extraction à un malade dont le père et l'aïeul avaient eu des cataractes, et dont le fils commençait également à en éprouver les premiers effets. Beer a vu aussi nombre de fois la cataracte affliger plusieurs membres d'une même famille, et il a observé que dans ces cas l'opération est rarement suivie de succès. Plus heureux que ce praticien, M. Dupuytren a opéré plusieurs générations de mêmes familles avec succès.

Symptômes, marche, etc. Le développement de la cataracte se fait ordinairement d'une manière lente et graduelle ; suivant M. Demours, le terme moyen est de deux ans, mais chez quelques malades l'opacité n'est complète qu'après six ou hui ans. Dans d'autres cas, au contraire, la maladie se forme avec une extrême rapidité : Tenon a vu chez deux femmes, des cataractes se développer en une journée ; l'une d'elles avait eu, la veille, l'œil frappé par un bouchon. On l'a vue aussi survenir très-brusquement à la suite d'une vive frayeur ou d'une autre impression morale très-violente.

Les signes qui annoncent la cataracte, à son début, sont les suivans : il semble au malade que les objets, surtout ceux de couleur blanche, soient entourés d'un nuage léger ; à cette époque le médecin n'aperçoit encore aucun changement notable, et la pupille est uniformément noire. Bientôt, une légère opacité se manifeste, le plus communément elle occupe le centre de la pupille, d'autres fois, elle commence par ses bords ; dans ces deux cas elle s'épaissit de plus en plus, et l'affaiblissement de la vue suit graduellement ses progrès. A une époque plus avancée, et surtout dans les yeux dont l'iris est d'une couleur claire, on voit distinctement sur le contour de

la pupille un petit cercle noir, formé en partie par l'ombre projetée par l'iris sur la surface blanchâtre de la cataracte, mais surtout par la petite circonférence de l'iris ; qui est d'une teinte foncée, et n'est pas visible dans l'état de transparence du cristallin et de sa capsule. Lorsque la cataracte débute par le centre, le malade, exposé à une lumière peu intense, comme au crépuscule par exemple, aperçoit les objets, mais seulement de côté ; si au contraire la lumière est très-vive, le rétrécissement de la pupille fait qu'il ne voit plus rien. Par des raisons semblables, et lorsque l'opacité n'est pas encore très-avancée, le malade ne peut voir distinctement les objets placés entre la lumière et lui, tandis qu'il les aperçoit mieux en se plaçant entre la lumière et ces objets. En fixant la flamme d'une chandelle, elle lui paraît entourée d'une aréole qui augmente en étendue et diminue d'éclat à mesure qu'il s'en éloigne; lorsque l'opacité est complète, le malade ne distingue plus d'aréole, mais il perçoit encore la présence d'une lumière et peut jusqu'à un certain point juger de sa distance. Enfin un dernier caractère de la cataracte est la mobilité de l'iris à toutes les périodes de cette maladie.

La *cataracte lenticulaire* est souvent l'effet de l'inflammation du cristallin. Elle commence au centre par une tache d'un gris jaunâtre, qui diminue d'intensité vers la circonférence; ce caractère persiste même après que l'opacité a atteint son plus haut degré. L'ombre du bord pupillaire ne tarde pas à être aperçue sous la forme d'un cercle noirâtre sur le bord de la pupille, et se prononce de plus en plus à mesure que l'opacité fait des progrès. L'iris conserve sa mobilité ; et si l'on augmente par l'usage de la belladone ou de la jusquiame la dilatation de la pupille, le malade aperçoit mieux les objets situés obliquement. Cette opacité, dont la forme est convexe, est située à une distance assez considérable de l'uvée; elle n'offre jamais de taches nébuleuses.

La cataracte lenticulaire se développe lentement ; sa consistance est plus grande que celle d'aucune autre espèce ; la cécité est d'autant plus intense que le cristallin est plus blanc ; elle l'est moins lorsque celui-ci est d'un gris verdâtre ou d'un jaune noirâtre. Il est cependant une variété de cette affection où la pupille ne réfléchit aucune couleur ; reconnue par Morgagni, Maître Jan et Wenzel, et décrite par Arachard, on l'a nommée cataracte noire. Les signes qui la précèdent sont les mêmes que pour les autres espèces. On peut l'apercevoir, en fixant attentivement l'ouverture pupillaire ; on distingue alors évidemment une couleur mate, noire ou brune très-différente de la transparence normale des parties. Nous avons vu une cataracte noire qui présentait la couleur bleuâtre de l'acier bronzé. On peut avec de l'attention reconnaître la forme convexe de la cataracte et sa situation à peu de distance de l'iris.

La *cataracte capsulaire* ou *membraneuse* commence presque toujours par la circonférence et paraît sous la forme de points, de taches ou de stries brillantes. Sa couleur est toujours très-claire et point uniforme. Plus convexe que la précédente, elle l'est quelquefois au point d'effacer la chambre postérieure ; le cercle noirâtre que l'on aperçoit au contour de la pupille n'est plus formé que par la petite circonférence de l'iris. M. Weller pense que cette cataracte, comme toutes celles qui commencent par la capsule, est toujours le produit d'une inflammation; à une époque avancée elle envahit le cristallin lui-même et devient alors capsulo-lenticulaire.

Il existe, selon Beer, trois variétés de cataractes capsulaires. 1° La *capsulaire antérieure*. Cette variété est assez commune ; elle offre des taches d'un blanc nacré, et amène souvent l'opacité, et plus tard l'absorption lente du cristallin, en sorte qu'elle se transforme en cataracte membraneuse simple (Travers). Lorsqu'elle fait saillie au point de s'appliquer sur la face postérieure de l'iris, elle force cette mem-

brane à rester immobile, et son opacité réfléchissant tous les rayons lumineux, le malade est absolument aveugle. 2° La *cataracte capsulaire postérieure*. Elle est beaucoup plus rare que la précédente; l'opacité, vue de côté, paraît concave, et située profondément derrière le cristallin; mais comme cet organe ne tarde pas à se troubler, on ne peut suivre long-temps les progrès de la maladie. M. Travers a observé que dans ce cas l'opération par extraction était facilement suivie de l'évacuation du corps vitré; en outre il a remarqué que le cristallin ne se ramollisait pas et n'était pas absorbé comme dans la première variété. 3° La *cataracte capsulaire complète*. Elle tient le milieu pour la fréquence entre les deux précédentes; ses signes ressemblent beaucoup à ceux de la cataracte antérieure; la saillie qu'elle forme est quelquefois assez prononcée pour qu'elle repousse l'iris dans la la chambre antérieure.

La *cataracte laiteuse*, ou de Morgagni, reconnaît principalement pour cause le contact de vapeurs irritantes sur l'œil. L'opacité est immédiatement suivie de la décomposition du cristallin en un fluide lactescent. Ce mode de formation nous paraît douteux. La couleur de cette variété est un blanc de lait léger; sa surface, de forme convexe, est d'un aspect nébuleux; elle semble formée de deux couches, dont l'inférieure est la moins transparente; en frottant la paupière sur le globe de l'œil, on rend la teinte uniforme.

Enfin la quatrième sorte de cataracte, ou la *capsulo-lenticulaire*, assez rare, est ordinairement d'un volume énorme. L'iris, appliqué sur sa convexité antérieure, ne se dilate que très-faiblement, même au moyen de la jusquiame et de la belladone; elle présente à sa surface des zones superposées de couleur blanche crétacée et nacrée. La cécité dans ce cas est complète, mais l'ouverture pupillaire est arrondie.

La cataracte capsulo-lenticulaire présente plusieurs variétés.

1° Celle qui est combinée avec de légers dépôts de matières nouvelles sur la capsule antérieure du cristallin. Ces dépôts constituent par leur aspect les variétés *marbrée*, *tachetée*, *étoilée*, *en tellage*, etc. 2° La *cystique*, ou *enkistée*, dont la forme est globuleuse; lorsque la capsule n'adhère plus aux parties voisines que par quelques filamens, cette variété a été nommée *branlante*, *nageante* ou *flottante*, en raison des mouvemens qu'elle exécute, presque toujours en sens inverse de l'œil. 3° La *pyramidale*, ou *conique*, qui vient former à travers la pupille, dans la chambre antérieure, une saillie brillante, dont le sommet adhère parfois à la face interne de la cornée. 4° La *siliqueuse*, ou en forme de gousse sèche. Celle-ci est presque toujours la suite d'une contusion violente qui a eu pour effet une véritable atrophie du cristallin et de son enveloppe, que l'on trouve très-durs et racornis. 5° Enfin on a nommé *purulente* la cataracte d'un jaune citrin formée par l'épanchement de pus dans la cavité capsulaire : Schiferli et Travers ont rencontré des cas où la matière purulente était d'une extrême fétidité.

Beer a décrit, sous le nom de *cataractes fausses*, des altérations diverses de l'intérieur de l'œil. Ainsi, la fausse membrane qui se forme dans quelques cas derrière l'iris, à la suite de l'inflammation de cette membrane, et qui rétrécit ou oblitère la pupille, ou derrière la cornée après son inflammation, et qui rend cette membrane opaque, a été désignée par lui sous le nom de *cataracte fausse albumineuse*; l'enduit qui reste quelquefois à la surface de l'iris après l'absorption du pus épanché dans la cavité des chambres, sous celui de *cataracte fausse purulente*; les petits caillots entourés d'albumine, qui persistent dans la chambre postérieure après l'absorption du sang épanché dans les deux chambres après une forte commotion, sous celui de *cataracte fausse sanguinolente*; le décollement et la chute du *tapetum* de l'uvée sur la face antérieure de

la capsule cristalline, sous la dénomination de *cataracte fausse dendritique* ou *arborescente*. Mais ces maladies sont autant de lésions particulières dont les descriptions appartiennent à l'iridite, à la cornéite, à la contusion de l'œil, etc., et ne doivent pas trouver place dans l'histoire de la cataracte.

La cataracte a été quelquefois confondue avec l'amaurose : cependant les signes distinctifs de ces deux maladies sont assez tranchés pour qu'avec un peu d'attention une pareille erreur ne puisse être commise.

Dans l'amaurose, l'opacité est située à une distance considérable derrière la pupille; cette opacité a une forme manifestement concave, et sa couleur tire plutôt sur le vert ou le rouge que sur le gris ou le blanc. La pupille est, ou fortement contractée, ou très-dilatée; sa forme est changée; parfois elle offre un diamètre transversal plus étendu que le vertical et ressemble à celle des ruminans; dans d'autres cas, de circulaire, elle devient irrégulière et anguleuse. L'iris est immobile et sa petite circonférence ne fait pas ombre sur le fond; cette immobilité de l'iris n'a aucune influence sur la cécité, qui augmente ou diminue par intervalles, ce qui n'a point lieu dans la cataracte, où elle augmente au contraire progressivement; en outre son intensité dans l'amaurose est hors de proportion avec le léger degré de l'opacité. Enfin les corps en ignition offrent une aréole iridée et non blanchâtre, et le plus ou moins d'intensité de la lumière ou la situation oblique des objets n'apportent aucune amélioration pour la netteté de la vision.

Quoique la cataracte et l'amaurose existent le plus souvent isolément, dans certains cas cependant la même cause qui a fait naître la cataracte peut également avoir produit l'amaurose; il est très-important de constater cette complication, en ce qu'elle est une contre-indication de l'opération. On en sera toujours averti, et par la manière dont se sera développée la

maladie, et par l'alliance des symptômes propres à chacune de ces deux affections.

Traitement. On a employé contre la cataracte des médicamens internes, des topiques, des moyens empruntés à la physique, et enfin des opérations. Les trois premiers ordres de moyens n'ont réussi, suivant Richter, que dans quelques cas rares de cataractes capsulaires, et n'ont jamais produit, selon Wenzel, de guérison parfaite, si la cataracte était ancienne et complète. C'est donc sur des cataractes commençantes et résultant d'une inflammation que ce mode de traitement peut être mis en usage. Les mercuriaux, le calomel particulièrement, les antimoniaux, le tartre stibié, l'aconit à petites doses et comme émétique, l'arnica, les millepieds, la digitale, la belladone, la pulsatille (sous forme d'extrait et de poudre), ont été successivement préconisés, et forment le premier ordre de ces moyens. Les secours empruntés à la physique ont consisté dans l'emploi du galvanisme, de l'électricité, et même du magnétisme. Les deux premiers agens paraissent avoir réussi à Hymli et Loder, etc., la sub-inflammation étant encore à son début et peu intense. Des exutoires à la nuque, l'application répétée de la pommade ammoniacale de Gondret sur le sommet de la tête préalablement rasée, et l'application sur l'œil d'une dissolution de tartrate antimonié de potasse dans de l'eau de laurier-cerise, sont les moyens du troisième ordre qui ont quelquefois obtenu la résolution des cataractes tout-à-fait à leur début, et résultant d'une sub-inflammation de la capsule du cristallin ou de ce corps lui-même. Dans quelques cas de dispositions morbides générales, il paraît que les moyens propres à combattre ces états de toute l'économie, ont réussi à dissiper le nuage du cristallin ou de sa membrane qui en était le résultat.

Mais de tous ces moyens, les moyens opératoires sont ceux dont le résultat est le plus certain et le secours le plus ordinairement indispensable.

Avant de procéder à l'opération, le chirurgien doit avoir égard à toutes les circonstances qui peuvent donner des chances plus ou moins favorables à l'emploi du moyen dont il va user. Sur ces données; il établira son pronostic et pourra déterminer : 1° les préparations qui devront être subies par le malade ; 2° le temps où il devra opérer ; 3° le procédé opératoire auquel il aura recours.

L'opération réussira d'autant mieux que le sujet sera plus jeune, moins disposé à l'inflammation, généralement plus sain, et surtout qu'il sera exempt ou n'aura pas été affecté de céphalalgie chronique, de catarrhe, de rhumatisme, d'érysipèles, de convulsions hystériques, épileptiques et autres; de scrofules, de syphilis, d'arthritis, etc. ; de violentes ophthalmies récidivées, d'ophthalmies lentes durant long-temps encore après que l'œil a été blessé, si c'est à une blessure de cet organe que la cataracte a succédé; d'inflammations des paupières, d'ectropion, etc. ; de dartres couperosées, que l'on ne saurait attribuer à l'usage des boissons spiritueuses. Le succès sera encore d'autant plus probable, que le malade ne sera pas convalescent d'une affection grave; qu'enfin il n'existera ni amaurose, ni glaucome, ni résolution du corps vitré, ni atrophie, ni hydropisie, ni état variqueux du globe oculaire, car ces complications rendent la guérison tout-à-fait impossible. Les épidémies d'inflammation des muqueuses, et d'ophthalmies en particulier, sont encore une contre-indication.

Le premier précepte qui résultera d'un tel examen sera de combattre ou d'écarter toutes celles de ces circonstances qui sont susceptibles de l'être, et d'agir malgré l'existence de celles que le temps ou les moyens de la thérapeutique ne sauraient détruire, lorsqu'elles n'ôtent pas tout espoir de guérison. C'est dans l'emploi des moyens propres à combattre ces chances défavorables, que consistent les premières préparations à faire subir au malade. En général, on doit lui rendre

le ventre libre, lui pratiquer une saignée s'il est pléthorique; lui éviter toute émotion; le tenir à jeun au moment d'être opéré; enfin lui instiller dans l'œil quelques gouttes d'extrait de belladone, afin de dilater la pupille une heure avant l'opération.

La détermination du temps où l'on doit pratiquer celle-ci ne se rapporte pas seulement à la saison de l'année, mais elle se rapporte encore au degré de maturité de la cataracte. Sous le premier point de vue, il ne suffit pas qu'il ne règne actuellement aucune épidémie ophthalmique ou autre, pour que toutes les chances favorables que peuvent présenter les conditions atmosphériques soient remplies; l'expérience a de plus constaté que certaines époques de l'année sont préférables : c'est ainsi que dans la seconde moitié du printemps et dans l'été, les opérations réussissent beaucoup mieux que dans les autres saisons, pendant lesquelles il est par conséquent de précepte de n'opérer que dans le cas d'absolue nécessité.

Le second point de vue sous lequel on doive envisager l'opportunité de l'opération, a trait au degré de la maladie, c'est à-dire à la maturité de la cataracte. On dit qu'une cataracte est mûre lorsque l'opacité est aussi complète que possible, Or, on ne doit opérer la cataracte que quand elle est parfaitement mûre; 1° parce que, après un certain temps, cette circonstance suppose que l'irritation a complètement cessé; et 2° parce que surtout, en opérant avant que la vue soit complètement éteinte, on s'exposerait à voir l'inflammation qui suit l'opération, et qui quelquefois est assez violente pour se terminer par la perte de l'œil, ravir au malade la jouissance de ce qui lui aurait resté encore de temps pendant lequel il aurait pu s'aider du secours de ses yeux. Toutefois, l'expérience prouve qu'il est nuisible de laisser l'œil se déshabituer trop long-temps de l'impression de la lumière, et qu'il est temps d'opérer aussitôt

que le malade ne peut plus se conduire et vaquer à ses affaires.

Mais, lorsqu'une cataracte est mûre, faut-il l'opérer, tandis que celle de l'autre œil n'est que commençante, ou faut-il attendre que cette dernière soit également arrivée à son état de maturité ? La plupart des oculistes pensent que ce dernier parti est le plus convenable ; ils se fondent sur ce que l'inflammation résultant de l'opération, peut se porter de l'œil opéré sur celui qui n'est affecté que de cataracte commençante, et rendre ainsi le malade complètement aveugle, et surtout, sur ce que, en attendant que la cataracte soit mûre des deux côtés, on peut opérer les deux yeux en même temps, et ne soumettre par conséquent qu'une fois le malade aux désagrémens du régime nécessaire au succès de l'opération. Enfin, ils pensent encore que l'on ne doit point opérer dans les cas où la cataracte bornée à un œil, étant accidentelle, l'œil du côté opposé reste parfaitement sain ; parce que, d'une part, cet œil peut suffire, et que, d'autre part, les deux yeux ne pouvant être après l'opération des foyer égaux, il en résulte, que presque toujours on remplace par un strabisme la difformité résultant de la tache blanche que forme la cataracte. Cependant, la plupart de ces craintes sont exagérées. Nous avons, à l'imitation de M. Dupuytren, très-souvent opéré dans les circonstances que nous venons d'indiquer ; nous n'avons pas encore eu lieu de nous en repentir. Il y a plus même, c'est que cette conduite est un gage de succès. M. Dupuytren a remarqué depuis long-temps, en effet, que quand on opère les deux yeux en même temps, il arrive presque toujours que l'on en perd un des deux par l'effet de l'inflammation, qui semble abandonner l'autre pour se concentrer sur lui ; et ce chirurgien célèbre est dans l'habitude de n'opérer d'abord que l'œil le plus anciennement affecté, lors même que la cataracte est mûre des deux côtés ; il laisse ensuite reposer le malade pendant quelque temps après la guérison, et opère enfin le second œil ;

ce qu'il fait presque toujours avec succès pour les deux. Cette pratique est aussi la nôtre, et elle nous a également réussi. Quant à la crainte du strabisme qui survient, dit-on, quand on opère un œil cataracté, l'autre étant resté sain, nous la croyons chimérique; car nous avons vu opérer plusieurs jeunes personnes affectées de cataracte d'un seul côté depuis leur enfance, et qui après l'opération n'ont point été affectées de strabisme.

Les opérations qu'on pratique pour remédier à la cataracte sont au nombre de trois; elles ont pour but commun de faire disparaître l'obstacle qui s'oppose au passage des rayons lumineux, c'est-à-dire ou le cristallin devenu opaque, ou sa membrane. Mais ce n'est pas de la même manière qu'elles atteignent ce but; de là les noms de méthode par *abaissement*, par *broiement*, et par *extraction*, sous lesquels elles ont été désignées, d'après leur manière d'agir sur le cristallin cataracté.

Pour pratiquer ces opérations, on fait ordinairement asseoir le malade sur un siége sans dossier, obliquement exposé au jour d'une croisée, de telle manière que l'œil qu'on opère soit du côté du jour; un aide placé derrière le malade lui soutient la tête, qu'il appuie contre sa poitrine; il la fixe dans cette position par celle de ses mains qui est opposée au côté sur lequel on doit opérer; il relève la paupière supérieure avec l'autre main, dont il applique la paume sur le front immédiatement au dessus de l'œil, qui doit être maintenu ouvert. C'est en exerçant avec les doigts médius et indicateur, qui dépassent le bord libre de la paupière, une traction sur ce voile mobile, qu'il doit le tenir relevé et fixé contre l'orbite. L'extrémité de ces doigts doit être assez éloignée du globe de l'œil pour ne pas le toucher ni le comprimer, et en être en même temps assez rapprochée pour que le champ de l'œil, qui en est la partie la plus saillante, vienne frotter légèrement contre elle, dans le cas où il fuirait devant l'instrument, et soit par conséquent obligé de reprendre sa position. Plusieurs prati-

ciens, et notamment M. Dupuytren, préfèrent que le malade reste couché, et parce qu'il est plus solidement fixé, et parce qu'après l'opération il n'a besoin de se livrer à aucun mouvement, circonstance importante, comme nous le verrons par la suite.

L'opérateur, ou assis ou debout, doit être placé de manière à dépasser de la tête environ celle du malade; position qui lui permet de voir l'œil sur lequel il doit agir de haut en bas. Il abaisse lui-même la paupière inférieure avec l'index de la main opposée à celle dont il se sert pour opérer, la main dont il tient l'instrument étant la droite pour l'œil gauche, et *vice versâ*. L'œil sur lequel on n'opère pas doit être couvert d'un bandeau. Le chirurgien commence ensuite l'opération suivant le procédé qu'il a cru devoir adopter.

Le plus ancien des procédés opératoires est l'*abaissement;* il était connu de Galien, mais on l'a depuis très-modifié. Ce procédé consiste à déplacer le cristallin, à l'enfoncer simplement dans le corps vitré, ou à le renverser en même temps qu'on le déprime.

On a tout-à-fait abandonné l'usage de l'aiguille d'acier, d'argent ou d'or, déliée et conique, que l'on vissait sur un manche à pans, qui lui servait ensuite d'étui, et dont se servaient les anciens pour déplacer la cataracte. Aujourd'hui on pratique l'abaissement et le renversement à l'aide d'aiguilles droites, terminées en fer de lance, et d'aiguilles courbes plus ou moins aiguës. L'aiguille droite en fer de lance est employée par les Allemands, et particulièrement par Beer. Cet instrument, dont le manche est à quatre pans, et marqué d'un point blanc pour indiquer le plat de l'aiguille et le distinguer du côté où sont les bords, consiste essentiellement en une tige d'acier longue d'un pouce à dix-huit lignes, diminuant graduellement de volume à partir du manche vers son extrémité, où elle s'aplatit dans un sens et s'amincit en bords tranchans dans l'autre. Ces bords sont interrompus par un angle, et convergent plus loin

avec les faces en une pointe aiguë. Le fer de lance a environ une ligne de longueur.

Les aiguilles courbes dont il est fait le plus d'usage sont celles de MM. Hey, Scarpa, Dupuytren.

L'aiguille de M. Hey a un peu moins d'un pouce, elle est conique à partir du manche jusque près de son extrémité, où elle est légèrement aplatie et aiguisée sur ses bords, et où elle se termine par un tranchant semi-circulaire aussi bien affilé qu'une lancette. Cette partie aplatie a environ un huitième de pouce de longueur; les côtés en sont parallèles. Le manche a trois pouces et demi de longueur; il est octaèdre.

L'aiguille de M. Scarpa, dont la tige est plus longue que celle de la précédente, se recourbe légèrement à son extrémité, qui est fort aiguë; elle devient triangulaire, les deux bords latéraux étant toutefois plus amincis et plus tranchans que ne l'est l'arête qui est du côté de la concavité.

L'aiguille de M. Dupuytren est dépourvue de l'arête qui existe sur la concavité de celle de M. Scarpa; elle est fort acérée. Le manche de toutes ces aiguilles présente aussi un point noir ou blanc, selon que ce manche est lui-même blanc ou noir, correspondant à la concavité de l'aiguille.

Les aiguilles courbes ont un avantage sur les aiguilles droites en fer de lance; celles-ci, par leurs angles saillans, exposent à diviser l'iris, et comme elles sont toujours présentées obliquement au cristallin qui est convexe, il en résulte qu'elles ne le touchent que par un point. Les aiguilles courbes au contraire saisissent ce corps dans toute l'étendue de leur concavité, et par conséquent beaucoup plus solidement; mais l'arête de l'aiguille de M. Scarpa pouvant diviser le cristallin lorsqu'on cherche à l'abaisser, c'est pour éviter ce danger que M Dupuytren n'a admis qu'une concavité sans arête. L'une ou l'autre de ces aiguilles suffit le plus communément pour l'opération par abaissement.

L'opération par abaissement, pratiquée avec l'aiguille en fer

de lance, doit être, suivant M. Beer, divisée en trois périodes. Dans le premier temps, le malade étant fixé et ses paupières relevées, l'opérateur saisit l'aiguille comme une plume à écrire, et prend appui, à l'aide de l'annulaire et du petit doigt, sur la pommette; il présente la pointe perpendiculairement à la cornée opaque, le plat de l'instrument étant horizontal et une de ses faces regardant en haut; il enfonce l'instrument, ainsi tenu, dans la sclérotique, à une ligne et demie de la cornée, un peu au dessous de l'extrémité externe du diamètre transversal de l'œil, et dans une direction perpendiculaire à sa surface, et le pousse directement jusqu'à ce que la pointe en soit aperçue à travers l'ouverture pupillaire. Dans le deuxième temps, il fait exécuter à l'aiguille un mouvement de rotation dont le résultat est de tourner une de ses faces vers la face antérieure du cristallin. Dans ce mouvement, le manche de l'aiguille droite est ramené à la direction transversale. Dans le troisième temps, le bord supérieur du cristallin doit être atteint par le plat de l'aiguille, et, pour cela, la pointe de l'instrument est portée en haut et en arrière; on l'abaisse ensuite, en relevant le manche perpendiculairement en dedans et en avant: l'aiguille agit alors comme un levier sur le cristallin, qui se trouve porté à la partie inférieure et extérieure de l'œil.

Si l'on exécute le *renversement*, le troisième temps est modifié; on enfonce le cristallin dans le corps vitré, en pressant sur lui de manière à ce que sa face antérieure devienne supérieure, et son bord supérieur, postérieur.

Les aiguilles courbes doivent suivre le même trajet; mais leur forme rend plus difficile l'exécution du précepte de présenter toujours leur pointe perpendiculairement aux parties qu'elle doit traverser; on s'y est pris pour cela de plusieurs manières. Les uns, tournant la convexité de l'aiguille en avant, et inclinant son manche vers la tempe, font pénétrer sa pointe en faisant décrire à celui-ci un arc de cercle qui le ramène à la direction transversale; d'autres l'introduisent en sens inverse,

c'ést-à-dire qu'en présentant la pointe de l'aiguille à la sclérotique, la concavité de l'aiguille est tournée en avant et son manche dirigé vers l'opérateur. Mais, tenu de cette manière, cet instrument pénètre dans le sens de sa plus grande largeur entre les nerfs ciliaires, dont la piqûre est fort dangereuse et doit être soigneusement évitée; et comme il doit être conduit à la partie supérieure du cristallin, auquel il faut qu'il présente sa face concave, on est obligé, dès qu'il a traversé les membranes de l'œil, de faire décrire au manche un autre arc de cercle qui le ramène en dehors et en bas, afin que la pointe de l'aiguille soit dirigée en haut et en dedans. Il vaut donc beaucoup mieux présenter d'abord l'aiguille à la sclérotique dans la direction qu'elle doit suivre pour atteindre le cristallin; car, outre qu'on évite un des temps de l'opération, on trouve, en suivant ce procédé, l'avantage de s'exposer beaucoup moins à blesser les nerfs ciliaires, qui ne peuvent plus être atteints que par la pointe fort acérée de l'aiguille, laquelle passe facilement au dessus ou au dessous d'eux.

Voici donc, suivant nous, la meilleure manière d'exécuter l'abaissement ou le renversement de la cataracte.

Le malade étant couché, la tête, élevée et soutenue par des oreillers, un bandage couvrant l'œil du côté opposé à celui qu'on opère, et la paupière supérieure de celui-ci étant convenablement relevée par un aide, l'opérateur abaisse l'inférieure avec l'annulaire et le médius de la main gauche pour l'œil droit, et *vice versâ*, saisit de l'autre main l'aiguille entre le pouce, l'indicateur et le médius; il prend avec les deux derniers doigts de cette main un point d'appui sur la joue, et appliquant sur la tige de l'instrument l'indicateur de la main qui abaisse la paupière, il fixe ainsi solidement celui-ci, et le soumet complètement à sa volonté. Tenant ensuite le manche incliné vers la joue, de manière que la face convexe de l'aiguille regarde en haut, il présente la pointe à la sclérotique, une ligne et demie ou deux lignes en arrière de la circonférence de la cornée trans-

parente, afin de ne pas blesser les procès ciliaires, et un peu au dessous du diamètre transversal de l'œil, afin d'éviter les artères ciliaires longues. Il la fait pénétrer dans le globe de l'œil en relevant peu à peu le manche; le défaut de résistance lui indique que l'instrument a traversé les enveloppes de l'organe. L'indicateur de la main qui fixe la paupière abandonne la tige de l'aiguille, qui ne doit plus être conduite que par une seule main; elle est dirigée de bas en haut, et un peu d'arrière en avant, jusqu'à ce que sa face concave soit arrivée au dessus du bord supérieur du cristallin. Un mouvement d'arc de cercle imprimé à l'extrémité du manche, le porte alors en haut et en arrière : la pointe en décrit un en sens inverse, et vient se placer entre l'iris et le cristallin, sa face concave tournée en arrière, et sa convexité regardant en avant, et se présentant derrière la pupille. Ce mouvement a pour but de déchirer la portion antérieure de la capsule cristalline; mais comme celui-ci conserve souvent une transparence parfaite, il ne faut pas conclure, de ce que l'on aperçoit nettement l'aiguille à travers la pupille, qu'elle est déchirée; en négligeant de s'en assurer d'une manière plus positive, on courrait le risque de la laisser intacte, et de voir survenir presque certainement une cataracte *membraneuse secondaire*. Il faut donc acquérir la certitude que le feuillet antérieur de la capsule est déchiré, et pour cela il suffit de pousser légèrement l'aiguille comme pour la faire passer par la pupille dans la chambre antérieure de l'œil. Si l'on n'éprouve pas de résistance la capsule est détruite; si l'on en éprouve, il faut tourner légèrement l'aiguille entre les doigts, pour que sa pointe se dirige en avant, et s'en servir pour diviser le feuillet membraneux. Cela fait, on ramène la pointe et la concavité de l'aiguille vers le cristallin par un mouvement de rotation inverse ou précédent, et l'on termine l'opération comme quand on se sert d'une aiguille droite.

De quelque manière que l'on ait fait l'opération, il importe,

1° que le chirurgien entraîne avec le cristallin la plus grande partie de la membrane qui le recouvre, la persistance de cette membrane ou de ses lambeaux pouvant donner lieu à une *cataracte membraneuse secondaire*, qui deviendrait elle-même l'occasion d'une nouvelle opération ayant pour objet de la déchirer et d'en abaisser ou d'en disséminer les débris dans les chambres postérieure ou antérieure; 2° que pour donner au cristallin le temps de se fixer, il laisse l'aiguille quelque temps immobile après l'abaissement ou le renversement; ce temps permettant à l'humeur vitrée de se projeter en avant et de former obstacle à la *réascension* du cristallin; 3° que pour s'opposer à cette même réascension, il détruise, par de légères tractions, l'adhérence postérieure ou antérieure qui pourrait subsister entre la cataracte et l'iris ou le corps vitré.

Cela fait, l'opérateur imprime à l'aiguille quelques mouvemens de rotation pour la dégager, puis la tire à lui, jusqu'à ce que sa partie recourbée soit arrivée à la plaie des enveloppes de l'œil, après quoi il l'extrait en faisant décrire au manche un arc de cercle en sens inverse de celui qui a été exécuté lors de son introduction.

Dans quelques cas de cataracte laiteuse, il arrive que, au moment où l'on déchire la capsule cristalline, l'humeur de Morgagni se répand dans la chambre antérieure de l'œil, et trouble l'humeur aqueuse à un tel point, que l'opérateur ne peut plus distinguer ni la pupille, ni la marche de son aiguille. On peut, en se guidant par la connaissance anatomique des parties, continuer l'opération comme si cet accident n'avait pas lieu; mais il est alors fort rare que l'on parvienne à débarrasser assez complètement la pupille, soit du cristallin, soit des débris de sa membrane, pour éviter sûrement la formation d'une cataracte secondaire; et l'on s'expose à blesser l'iris. Il vaut donc mieux suspendre l'opération, et attendre pour y revenir, que l'absorption ait enlevé toute l'humeur trouble épanchée et mêlée à l'humeur aqueuse.

Il arrive quelquefois aussi, dans ce cas, que le cristallin est lui-même entraîné dans la chambre antérieure de l'œil, avec le liquide opaque que contient la capsule; mais on ne s'aperçoit ordinairement de cet accident qu'après l'absorption de ce liquide. Dans d'autres cas, le cristallin, quoique dur et seul opaque, passe à travers l'ouverture de la pupille, et vient tomber au devant de l'iris; ce qui tient toujours à une mauvaise direction donnée à l'aiguille. On pourrait l'y laisser, parce qu'il serait absorbé dans cet endroit aussi bien, et même, suivant beaucoup de personnes, mieux que dans la profondeur de l'œil; mais nous avons vu une femme chez laquelle ce corps, tombé dans la chambre antérieure, a mis plus d'un an à se résorber complètement, et chez laquelle pendant tout ce temps il a entretenu par sa présence une inflammation assez forte pour empêcher la malade de se servir de son œil. Ce fait nous autorise à penser qu'il vaut mieux imiter la conduite tenue par M. Dupuytren dans un cas semblable, et qui consiste à aller piquer le cristallin avec la pointe de l'aiguille poussée d'arrière en avant par la pupille, à lui faire refranchir cette ouverture, et à l'enfoncer dans le corps vitré.

Le *broiement*, préconisé par M. Scarpa, se fait à peu près de la même manière que l'abaissement; il n'en diffère qu'en ce que l'aiguille, au lieu de détourner le cristallin et sa membrane, les divise en place et les réduit en parties plus ou moins ténues, que l'on dissémine ensuite, soit dans l'épaisseur du corps vitré, soit dans la chambre antérieure, en les faisant passer par la pupille.

Une seconde méthode de broiement est la *kératonyxis*, qui consiste à broyer la cataracte en pénétrant dans l'œil à travers la cornée, et à détruire tout rapport organique du cristallin et de sa membrane avec les parties voisines. Cette opération paraît avoir été pratiquée d'abord par une femme, à l'aide d'une aiguille, suivant ce qu'en rapporte Turquet, en 1690.

C'est en ces derniers temps qu'elle fut réellement employée avec publicité par Buckhorn et par M. Lengenbeck.

Les instrumens nécessaires pour pratiquer cette opération sont les mêmes aiguilles que celles dont on se sert dans l'abaissement, ou le kératôme de Langenbeck, qui est un aiguille à bords très-tranchans. On dirige perpendiculairement la pointe de l'aiguille sur la cornée transparente ; lorsque c'est d'une aiguille courbe qu'on se sert, le manche touche presqu'à la tempe, et la concavité de l'instrument est comme appliquée sur la convexité de la cornée. On fait la ponction à une ligne de la circonférence de la cornée, et dans une position oblique par rapport au centre de la pupille préalablement dilatée ; on peut aussi introduire l'aiguille vers le bord inférieur de la cornée, mais il faut alors tenir l'œil plus fortement fixé que lorsqu'on l'enfonce latéralement. Quoi qu'il en soit, on suit, en poussant l'aiguille, une direction oblique jusqu'à la pupille, par laquelle on fait passer la pointe de l'instrument, et on traverse la paroi antérieure de la capsule, que l'on déchire ; après quoi on broie le cristallin en imprimant quelques mouvemens à l'aiguille, et l'on abaisse les portions les plus volumineuses de la cataracte. On fait, autant qu'on le peut, saillir à travers la pupille les portions de cataracte que l'aiguille peut y pousser, et on les précipite dans la chambre antérieure. Cette opération se fait dans certaines circonstances en plusieurs fois. Les adhérences, l'âge et la disposition trop irritable de quelques malades nécessitent ces précautions.

La méthode par *extraction* a été indiquée par Albucasis, qui trompé par les idées fausses que l'on s'était faites de la cataracte, pensait qu'on pourrait la retirer au moyen d'une aiguille creuse sur laquelle on opérerait la succion.

Freytag, parmi les modernes, paraît être le premier qui l'ait pratiquée depuis la restauration des lettres en Europe ; c'est, si l'on en croit Samuel Cooper, vers la fin du dix-septième siècle qu'il en fit l'emploi. Depuis lors, Saint-Yves, Daviel, Petit,

et Wenzel surtout, l'ont répandue, au point qu'elle est devenue pendant quelque temps prépondérante, et qu'elle compte maintenant un égal nombre de partisans que l'*abaissement*.

L'immobilité absolue de l'œil étant beaucoup plus indispensable encore à la réussite de cette opération qu'à celle de l'abaissement, c'est plus spécialement pour ce cas que les oculistes ont imaginé des instrumens qu'ils ont nommés *ophthalmostats*, et qui ont pour usage de tenir les paupières écartées et de fixer le globe oculaire. Presque tous ont leur ophthalmostat particulier; mais tous les instrumens de ce genre, dont l'usage a été conservé, sont, en définitive ou des anneaux elliptiques que l'on interpose entre les paupières, et à travers lesquels l'œil fait saillie, ou de simples crochets mousses qui se bornent à tenir la paupière supérieure relevée. Aujourd'hui les chirurgiens se servent avec avantage de leurs doigts ou de ceux d'un aide pour remplir ce but; ils maintiennent les paupières écartées et fixent l'œil comme il a été dit à l'occasion de l'abaissement.

Quoi qu'il en soit, l'extraction de la cataracte se fait de plusieurs manières, qui pour la plupart peuvent se diviser en trois temps. Dans le premier, on incise la cornée; dans le second, on divise la capsule cristalline; et enfin, dans le troisième et dernier, on procède à l'extraction du cristallin.

On pratique ordinairement l'incision de la cornée transparente avec un couteau de petite dimension, dont la lame est fixée inamoviblement sur son manche; ce couteau a reçu de la part des oculistes beaucoup de modifications dans sa forme, mais les seuls qui soient restés dans la pratique sont le couteau de Wenzel et celui de Richter. Le premier auquel son auteur a imposé le nom de *cératotôme*, nom sous lequel on désigne en général maintenant tous ces instrumens, ressemble beaucoup par la lame à une lancette à grain d'orge; il en diffère cependant, en ce que son bord inférieur est seul tranchant dans toute sa longeur, le supérieur ne l'étant que près de la pointe

dans un sixième seulement de son étendue. Le couteau de Richter a une lame pyramidale, les deux bords en sont droits, le supérieur est horizontal et ne coupe également que dans un sixième environ de son étendue près de sa pointe; l'inférieur, tranchant dans toute sa longeur, est oblique. Cet instrument, dont la lame s'élargit rapidement de la pointe vers sa base, paraît préférable à celui de Wenzel, parce qu'il achève plus promptement et plus nettement la section de la cornée.

Quel que soit celui des deux dont il fasse usage, l'opérateur le tient horizontalement, comme une plume à écrire, le bord tranchant dans toute sa longeur étant tourné en bas; il prend appui, avec le petit doigt et l'annulaire, sur la pommette, présente la pointe de l'instrument perpendiculairement à la surface de la cornée transparente, vers l'angle externe de l'œil, à un quart de ligne du bord de cette membrane, et à un quart de ligne au-dessus de son diamètre transversal, et il l'enfonce dans cette direction jusqu'à ce que la cornée soit traversée et que l'instrument ait pénétré dans la chambre antérieure de l'œil; le manche du couteau est alors ramené à la direction transversale par rapport à l'axe de l'œil, suivant le plan de l'iris, la pointe conservant une légère inclinaison en bas, et menaçant un point situé à une ligne au-dessous de l'extrémité interne du diamètre transversal de l'œil. Le couteau doit être ensuite poussé avec lenteur, et percer enfin la cornée de dedans en dehors, au point vers lequel la pointe a été dirigée pendant l'opération, et à un quart de ligne de la circonférence de la cornée, comme du côté opposé. Il est convenable dans ce moment de porter le manche de l'instrument en arrière, afin de percer la cornée un peu d'arrière en avant, autant que possible perpendiculairement à son épaisseur. Pour achever la section de la cornée, il ne faut que pousser le cératotôme d'une manière continue, sans lui imprimer aucune secousse, et sans presser d'arrière en avant sur la cornée transparente. De cette manière l'instrument divise les parties sans difficulté et sans

résistance. Si, au contraire, on presse sur la cornée, il marche avec plus de peine, porte l'œil en dedans, et outre que la section s'opère moins nettement, sa pointe vient presque toujours, avant même que le premier temps de l'opération soit terminé, heurter le nez et se briser contre lui. On est alors obligé, pour éviter cet accident, de ramener l'œil à sa direction avant de passer outre; mais on n'y parvient pas sans difficultés et sans occasioner, par la longueur même de l'opération, une irritation plus vive, dont la suite est une inflammation consécutive plus violente. Un autre accident qui résulte de la pression exercée par la lame sur la cornée transparente, est l'écartement des lèvres de la plaie; mais cet accident survient surtout quand, par un mouvement accidentel ou peu méthodique, le couteau se trouve un peu retiré de la plaie, parce qu'alors la lame ne la bouche plus entièrement. Dans l'un et l'autre cas l'humeur aqueuse s'écoule, et l'iris, que rien ne soutient plus en devant, vient se présenter inévitablement au tranchant du couteau. Pour que l'opération soit bien faite, le lambeau doit être demi-circulaire, et les extrémités de l'incision inégalement élevées, l'une étant à une ligne au-dessus de l'extrémité externe du diamètre transversal, l'autre étant à la même distance de l'extrémité opposée. Pendant le temps que la section s'achève, l'aide laisse graduellement abaisser la paupière supérieure; dè qu'elle est finie, le chirurgien abandonne l'inférieure, pour laisser le malade se remettre un peu de son émotion.

On a proposé encore quelques autres instrumens propres à faciliter la section de la cornée. Les plus remarquables sont ceux de Guérin, de Dumont, et celui de M. Jaeger.

Les deux premiers se composent d'un anneau dans lequel est reçue la cornée transparente : cet anneau tient à une boîte allongée dans laquelle est contenue une batterie destinée à mettre en jeu une lame qui passe rapidement au devant de l'anneau, et coupe et détache en un instant indivisible la moitié inférieure de la cornée. Une bascule, placée sur la boîte, sert dans ces deux ins-

trumens à faire partir la détente qui met la lame en mouvement. Dans l'instrument de Guérin, la boîte fait un angle droit avec l'anneau qui sert d'ophthalmostat, de sorte que, quand celui ci s'applique sur la cornée, le corps de l'instrument est tourné vers l'opérateur. Dans celui de Dumont, l'anneau et le corps de l'instrument sont dans la même direction. Ces deux instrumens ont l'avantage de faire en un instant indivisible la section de la cornée, qui se trouve achevée, par conséquent, avant que l'œil ait eu le temps de faire aucun mouvement, que l'humeur aqueuse ait eu le temps de s'évacuer, et que l'iris soit venu se présenter au tranchant de l'instrument. Mais, d'un côté, ces accidens sont rares, et peuvent en général être facilement évités; d'un autre côté, la surprise qui résulte pour le malade de l'action brusque de l'instrument, peut très-bien déterminer une contraction spasmodique des muscles du globe de l'œil, et l'évacuation partielle ou totale des humeurs. Enfin l'action de ces instrumens n'est pas toujours sûre; nous avons vu celui de Guérin percer la cornée de part en part, et rester suspendu à cette membrane qu'il n'avait pu inciser complètement; d'ailleurs ils sont chers et d'un entretien difficile. Toutes ces raisons les ont fait abandonner des praticiens.

L'instrument de M. Jaeger est beaucoup plus simple que ceux-ci, et son action est beaucoup plus sûre; c'est un cératotome ordinaire, sur la lame fixe duquel est posée une autre lame, de même forme, et mobile, disposée de telle sorte qu'elle peut glisser sur la première quand on presse un bouton analogue à ceux que l'on remarque sur les canifs dits à coulisse. Le mécanisme de cet instrument est facile à saisir. Quand on a traversé de part en part la cornée transparente, ce qui se fait facilement, parce que les deux lames exactement juxta-posées n'offrent guère plus de volume qu'une seule, on tient l'instrument immobile, et l'on achève la section en poussant la seconde lame; l'œil, fixé par la première, ne peut se mouvoir, et comme la lame mobile se trouve en avant de l'autre, elle ne

peut agir que sur la cornée, qui est coupée nettement, régulièrement, et sans difficulté. Cet instrument nous paraît très-propre à remplir le but pour lequel il a été inventé.

On a fait varier la direction de l'incision de la cornée. D'abord elle a été transversale; Wenzel paraît être le premier qui lui ait donné l'obliquité convenable. Enfin, pour éviter que la paupière inférieure ne soulève le lambeau de la cornée, on a pensé à diriger l'incision en haut, de manière à détacher la demi-circonférence supérieure de cette membrane. Nous avons vu plusieurs fois M. Dupuytren opérer de cette manière, sans en avoir retiré aucun avantage. Elle a cependant été adoptée par M. Jaeger, et c'est pour la pratiquer qu'il se sert de son couteau à double lame.

Si l'on se propose d'opérer les deux yeux en même temps, il faut, après avoir terminé la section de la cornée d'un côté, procéder à l'opération du côté opposé, et achever complètement sur celui-ci, pour revenir ensuite au premier œil. On conçoit que, si l'on terminait du premier côté avant d'attaquer le second, l'œil dont le cristallin serait extrait pourrait s'évacuer complètement pendant la seconde opération, rien ne retenant plus l'humeur vitrée. Quand au contraire les deux cornées sont incisées, il importe peu d'achever l'opération d'un côté plutôt que de l'autre; c'est pour cela qu'on la termine sur le second œil, afin de ne pas se reporter trop souvent et inutilement de l'un à l'autre.

Lorsque l'on n'opère qu'un œil, il faut procéder immédiatement au second temps de l'opération, c'est-à-dire à l'incision de la capsule cristalline. Daviel se servait pour cela d'une petite aiguille en forme de lance; Lafaye avait imaginé un kystotome construit sur le même modèle que le pharyngotome, mais de dimension appropriée à son objet, et légèrement recourbé; M. Beer se sert d'une espèce de lancette; d'autres, de l'aiguille à cataracte ordinaire; mais le plus grand nombre fait usage du couteau qui a servi à inciser la cornée. De quelque instrument

qu'on se serve ; avant de l'introduire, il faut que l'aide écarte de nouveau la paupière supérieure, et que l'opérateur abaisse l'inférieure. Glissant alors entre les lambeaux, qu'il soulève avec précaution, l'instrument dont il fait usage, en ayant soin que son tranchant ou sa pointe ne blesse pas les lèvres de l'incision, l'opérateur le fait pénétrer à travers la pupille, et divise la membrane, après quoi il retire l'instrument avec le même soin. Quelques opérateurs très-habiles confondent ce second temps avec le premier, c'est-à-dire qu'ils incisent la capsule cristalline en même temps que la cornée. Pour cela, il leur suffit d'incliner en arrière la pointe de l'instrument, lorsque, parvenue à la moitié de son trajet, elle est arrivée au niveau de l'ouverture pupillaire ; ils lui font traverser cette ouverture, incisent la capsule ; puis, ramenant le couteau à sa direction transversale, ils achèvent le premier temps de l'opération.

Enfin, dans le troisième temps, on procède à l'extraction. Souvent si l'incision est assez large, si la pupille est dilatée, s'il n'existe pas d'adhérences, si la capsule est suffisamment ouverte, le cristallin s'échappe de lui-même ; mais le plus ordinairement cette sortie spontanée n'a pas lieu, et l'on est obligé de la provoquer. La manière la plus simple pour y parvenir est celle-ci : l'opérateur applique le pouce sur la paupière supérieure, sans presser dessus, et seulement pour soutenir le globe de l'œil ; il porte ensuite l'extrémité d'un doigt sur la paupière inférieure, et appuie doucement sur elle comme pour l'engager entre le globe de l'œil et le rebord orbitaire ; il augmente d'une manière insensible la pression ; jusqu'à ce que le cristallin soit engagé dans la pupille ; et il la diminue ensuite graduellement jusqu'à ce que ce corps soit sorti, ou engagé entre les bords de l'incision de la cornée, d'où il le retire en le piquant avec la pointe du couteau.

L'extraction du cristallin peut offrir des difficultés qui tiennent à plusieurs causes. Quelquefois c'est la contraction de la

pupille qui s'oppose à la sortie de ce corps : il faut alors placer l'œil dans l'obscurité pour faire dilater la pupille ; et si ce moyen ne suffit pas, on presse avec le pouce sur la paupière supérieure abaissée, en ayant soin d'appuyer ce doigt vers le point qui correspond à l'union de la cornée transparente avec la sclérotique, parce que la pression exercée dans ce lieu agit sur le bord supérieur de la lentille, et lui imprime un mouvement de bascule qui porte son bord inférieur en avant vers la pupille, qu'il dilate. Enfin, si ce moyen ne réussissait pas encore, il faudrait appliquer sur la paupière quelques gouttes d'extrait de belladone, et attendre que ce topique eût produit l'effet désiré pour procéder à l'extraction. Dans d'autres cas, le cristallin est retenu par sa capsule ; on peut alors se servir de la curette imaginée par Daviel pour le détacher ; on tire souvent aussi, dans ce cas, un grand secours d'un crochet imaginé par Wenzel, et perfectionné par M. Demours, et qui ressemble assez, par sa forme, à l'instrument de même nom dont on se sert pour broder. Dans d'autres circonstances, la cataracte est adhérente à l'iris, et l'on ne peut l'extraire qu'après avoir détruit avec une aiguille courbe et tranchante les liens qui l'unissent à cette membrane ; on peut se servir ensuite de la curette pour l'ébranler. On a vu dans certains cas le cristallin et sa capsule encroûtés de phosphate calcaire. Si pareil cas se présentait, il faudrait porter à travers la pupille les pinces déliées terminées par une double airigne, que M. Maunoir a fait construire pour un autre but, chercher à renverser le corps opaque afin de le saisir par un de ses bords, et l'extraire.

Dans d'autres circonstances, le cristallin est extrait avec facilité ; mais il reste après lui, soit une humeur trouble, soit des débris de sa propre substance, soit des lambeaux opaques de sa capsule. Dans les deux premiers cas, on débarrasse facilement la pupille, soit avec des injections d'eau tiède conseillées par quelques oculistes, soit, ce qui vaut mieux, au moyen de la curette ; dans le dernier cas, il faut se servir des pinces de

M. Maunoir pour saisir et détacher les lambeaux de la capsule : s'ils paraissent trop adhérens, on les retranche avec des ciseaux fins, boutonnés et bien affilés. Cette manière de procéder est préférable à celle qu'avaient adoptée les anciens oculistes, et qui consistait à commencer par inciser circulairement la capsule avec une aiguille en fer de lance, quand ils avaient reconnu qu'elle était opaque ; ils détachaient ainsi un disque correspondant à l'ouverture de la pupille, et procédaient ensuite à l'extraction. Il est beaucoup plus facile et tout aussi sûr d'opérer comme nous l'avons dit.

Il peut aussi arriver que la difficulté d'extraire le cristallin tienne à un état particulier de diffluence du corps vitré. Dans ce cas, en effet, lorsque l'on presse sur l'œil pour faire sortir sa lentille, l'humeur vitrée passe en avant, et sortirait tout entière si l'on continuait la pression. Il faut convenir toutefois que cet accident arrive plus ordinairement, parce que l'instrument, porté dans la pupille pour diviser la capsule, a traversé le cristallin et intéressé la membrane hyaloïde. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il survient, il faut porter la curette, le crochet ou les pinces, à travers la pupille, pour aller saisir le cristallin, et, si l'on ne peut y parvenir, le corps s'enfonçant de plus en plus dans l'épaisseur de l'humeur vitrée, se décider à l'abaisser au-dessous du niveau de la pupille, et l'abandonner, comme lorsqu'on opère par abaissemeut, à l'action des vaisseaux absorbans.

Quelques accidens plus ou moins graves peuvent aussi survenir pendant l'opération. La sortie de l'humeur vitrée est un des plus fréquens. Nous avons déjà indiqué deux causes qui peuvent la provoquer ; elle dépend plus souvent de la manière vicieuse dont l'œil est maintenu, ou dont on exerce la pression pour faciliter la sortie du cristallin. Si au moment où l'on achève la section de la cornée, l'aide ou l'opérateur presse trop fortement sur le globe oculaire ; si, après l'incision de la capsule, on presse encore trop fortement, et surtout si l'on n'a pas soin

de diminuer la pression lorsque le cristallin s'engage dans la pupille, et de la cesser tout-à-fait au moment où ce corps arrive entre les lèvres de l'incision de la cornée, le cristallin et l'humeur vitrée s'échappent en même temps. Quand une partie seulement du corps vitré est ainsi évacuée, l'humeur aqueuse y supplée, et après la guérison, l'œil n'en remplit pas moins bien ses fonctions ; mais quand la plus grande partie ou la totalité de ce corps s'échappe, l'œil s'atrophie inévitablement. Indiquer les causes de cet accident, c'est indiquer en même temps les moyens de l'éviter.

Un autre accident plus rare est la blessure de l'iris par le couteau; elle peut avoir lieu dans deux circonstances différentes. Quelquefois elle tient à ce que l'instrument, plongé perpendiculairement à la surface de la cornée, a été poussé avec trop de force, et a traversé non seulement la cornée, mais encore la chambre antérieure et l'iris; il faut alors le retirer rapidement, le ramener à la direction transversale, et achever le premier temps de l'opération. D'autres fois, l'iris se présente au tranchant de l'instrument, parce que le couteau ayant été en partie retiré, et n'emplissant plus la plaie, l'humeur aqueuse a pu s'écouler; il faut alors faire quelques frictions sur l'œil pour exciter les contractions de cette membrane ; et si l'on ne peut parvenir à la réduire, retirer le couteau, et achever l'incision avec des ciseaux fins, bien affilés et boutonnés à leur extrémité. La blessure de l'iris est un accident grave : elle gêne l'opération, en provoquant un écoulement de sang qui masque les parties, et empêche de porter avec certitude les instrumens propres à inciser la capsule cristalline ou à extraire les débris de la cataracte ; elle provoque une iridite plus ou moins grave, et laisse les sujets presque toujours affectés d'une déformation de la pupille, qui apporte de la confusion dans l'exercice de la vue.

Dans quelques cas on ne blesse pas l'iris avec le couteau, mais on décolle une partie de sa circonférence : cela arrive surtout

quand, la cataracte étant adhérente, on tire dessus avec le crochet ou la pince, avant de l'avoir détachée avec l'aiguille. Wenzel a vu cet accident arriver trois fois. Dans deux de ces cas les maladesont conservé une pupille artificielle qui n'a pas beaucoup gêné la vision, mais la pupille normale est restée irrégulière. Dans le troisième l'iris s'est recollé.

Enfin il arrive quelquefois, après l'extraction, que l'iris fait hernie entre les lèvres de la plaie. Outre que cet accident entraîne une inflammation consécutive violente qui peut amener la cécité, il a nécessairement pour effet, lorsqu'on n'y remédie pas, d'établir des adhérences entre l'iris et les lèvres de la plaie, et de laisser la pupille déformée et moins propre à remplir ses fonctions. On remédie facilement à la hernie de l'iris, en repoussant cette membrane dans la chambre antérieure, à l'aide de la curette ou d'un stylet mousse.

Chacune des trois méthodes opératoires que nous avons décrites suit une marche différente pour arriver à la guérison. Après la méthode de l'abaissement, la plaie se cicatrise dans l'espace de quelques heures; le cristallin déprimé se cantonne dans le lieu où il a été placé : il est délayé par les humeurs de l'œil, et absorbé dans l'espace de quelques mois, d'un an, ou plus. Mais au bout de douze à quinze jours, quand il n'est pas survenu d'inflammation, le malade peut se servir de son œil, le travail d'absorption ne troublant en général sa transparence que pendant quelques jours, ou même point du tout. Après le broiement par la cornée, ou par la sclérotique, c'est en place, et dans la chambre antérieure, que les parties entre lesquelles le cristallin est réduit sont absorbées; mais le trouble persiste pendant plus long-temps, et la vue ne se rétablit en général qu'après trois semaines ou un mois. Après l'extraction, la pupille est nette immédiatement, la plaie de la cornée est cicatrisée dans l'espace de douze ou quinze jours, et le malade peut alors se servir de ses yeux.

Mais des accidens viennent souvent entraver la marche de la

guérison, à la suite de ces diverses méthodes. Le plus commun est l'inflammation, qui est quelquefois violente au point de déterminer la perte de l'œil; mais il est rare qu'elle arrive à ce point après l'abaissement ou le broiement, parce que l'œil n'a éprouvé qu'une simple blessure. Elle y arrive au contraire beaucoup plus communément à la suite de l'extraction, parce que les membranes de l'œil sont incisées dans une grande étendue, que les lèvres de l'incision de la cornée sont souvent écartées et irritées par le bord de la paupière inférieure, que l'iris vient quelquefois se présenter consécutivement à travers la plaie, et parce qu'enfin les blessures et le décollement de cette membrane sont plus difficiles à éviter, et par conséquent plus communs, en opérant par cette méthode, qu'en opérant par les autres.

Les cataractes secondaires constituent un accident consécutif commun aux trois méthodes : elles sont le résultat de l'opacité que contracte la capsule cristalline, lorsque, transparente au moment de l'opération, et échappant par conséquent à la vue de l'opérateur, elle n'a point été incisée dans une assez grande étendue pour que ses lambeaux ne puissent plus se rapprocher. Elles sont, pour des raisons faciles à deviner, plus communes à la suite du broiement qu'à la suite des autres méthodes d'opérer. Nous avons vu qu'elles précautions il fallait prendre pour prévenir cet accident, qui nécessite toujours une seconde opération.

Les vomissemens spasmodiques sont un autre accident de l'opération de la cataracte. Ils se manifestent quand l'iris et surtout les nerfs ciliaires ont été blessés. Ils peuvent par conséquent survenir après l'emploi de toutes les méthodes opératoires; mais ils sont plus communs à la suite de celles dans lesquelles on pique en arrière de la cornée transparente. Cet accident a quelquesfois une violence telle que les malades vomissent sans discontinuer pendant plusieurs jours, et il n'a pas seulement alors l'inconvénient de les fatiguer et de les alarmer sur leur état, il a encore celui de provoquer le replacement du cristallin,

et de nécessiter une nouvelle opération. Nous avons vu comment on peut l'éviter ; quand il existe, il n'y a d'autres moyens à employer pour le combattre que les antispasmodiques à hautes doses. . . . .

La réascension du cristallin est un accident particulier à la méthode de l'abaissement ; il survient lorsque l'opérateur a seulement abaissé le cristallin directement en bas, parce que alors les liens qui le fixent au lieu qu'il occupe ne sont pas complètement rompus, ou lorsque, l'ayant porté en bas et en dehors, il a retiré l'aiguille trop tôt, c'est-à-dire avant que l'humeur vitrée ait eu le temps d'envelopper complètement le corps. Il survient surtout lorsque le malade se livre à des mouvemens inconsidérés pendant les premières heures qui suivent l'opération ; nous avons vu la réascension du cristallin se faire au bout de trente-six heures. Il n'y a d'autre remède à cet accident que de recommencer l'opération, quand l'irritation occasionée par celle que l'on a faite inutilement est complètement dissipée.

De tous ces accidens consécutifs, l'inflammation est le plus ordinaire et l'un des plus redoutables. C'est elle qui détermine la cécité dans le plus grand nombre des cas où l'opération n'est pas suivie de succès. C'est aussi à la combattre ou à la prévenir que l'on s'attache plus spécialement dans le traitement auquel on soumet le malade, par quelque méthode que l'opération ait été exécutée.

Ce traitement consiste à mettre le sujet au régime des maladies aiguës de l'œil. Il sera donc placé dans une chambre obscure et bien close, afin que la lumière ni l'air ne puissent porter leur action irritante sur l'organe de la vue. Un bandeau composé d'un linge fin, plié en deux, et contenant dans son pli un morceau de taffetas vert ou noir, sera attaché à son bonnet avec des épingles, et descendra au devant des yeux, sans les comprimer. Une saignée du pied deux heures après l'opération, moyen excellent que nous avons adopté à l'imi-

tation de quelques oculistes, de M. Lusardi entre autres, et dont nous avons retiré les plus grands avantages; l'application sur l'œil de compresses imbibées d'eau fraîche; le séjour au lit, la tête légèrement relevée après l'extraction, plus relevée après l'abaissement, pour prévenir le replacement du cristallin; la diète, l'usage des boissons délayantes, des bains de pieds, et des lavemens, seront ajoutés à ces moyens. Pendant toute la durée du traitement le malade devra de plus tenir les paupières rapprochées sans effort, comme elles le sont dans un sommeil tranquille; il lui suffira de les entr'ouvrir de temps en temps, pour laisser échapper les larmes, dont le séjour irriterait l'œil; si, par suite de l'inflammation, les paupières venaient à se coller, on les détacherait, en les lavant avec une éponge fine imbibée d'eau de guimauve, pour permettre à ce liquide de s'écouler. Enfin, il ne faut, sous aucun prétexte, permettre au malade de chercher à voir, car l'impression, même momentanée, de l'air et de la lumière, suffit, quand elle est intempestive, pour déclarer une inflammation vive que les moyens les plus énergiques n'empêchent pas toujours de détruire la transparence de l'œil.

Il est inutile de dire que si, malgré les précautions indiquées, l'ophthalmie se développait, il faudrait l'attaquer par tous les moyens qui ont été indiqués en parlant de la conjonctivite, de l'iridite, de l'hypopion, etc., suivant le siége et la forme qu'elle affecterait principalement.

Les praticiens ne sont point d'accord sur la préférence à accorder à chacune des méthodes opératoires que nous avons fait connaître. Les uns préconisent particulièrement l'abaissement, les autres le broiement, d'autres enfin préfèrent l'extraction. On pense pourtant que généralement l'extraction doit être préférée dans les cas de cataractes dures et libres, affectant les vieillards, chez lesquels l'absorption est plus tardive, et qu'au contraire on doit opérer par abaissement ou par broiement les cataractes adhérentes et celles qui sont molles. Mais, d'une

part, l'avantage qu'on prête à l'extraction chez les vieillards est illusoire ; car s'il est vrai que l'absorption soit lente chez eux, il est vrai aussi que le cristallin détourné de l'axe des rayons visuels ne gêne nullement la vision, et qu'il pourrait même rester intact sans inconvénient. Nous avons ouvert les yeux d'un vieillard opéré depuis environ deux ans, et nous avons trouvé les restes du cristallin qui n'étaient point encore totalement absorbés, et cependant ce vieillard avait promptement recouvré la vue. D'une autre part, il est fort difficile d'établir une préférence entre les méthodes opératoires, en se fondant sur la consistance plus ou moins grande de la cataracte, car on ne peut pas toujours à beaucoup près déterminer à l'avance jusqu'à quel point elle est molle ou dure, libre ou adhérente, et il arrive tous les jours qu'on est obligé d'extraire par parties ou de broyer telle cataracte que l'on avait crue assez consistante ou assez libre pour pouvoir être extraite ou abaissée en masse, tandis que l'on est contraint d'abaisser en masse telle autre que l'on se proposait de broyer.

C'est donc sous le triple rapport de la généralité de leur application, des difficultés qu'elles présentent et des accidens qu'elles peuvent occasioner, qu'il faut considérer les diverses méthodes d'opérer la cataracte, afin de déterminer laquelle mérite la préférence comme méthode générale.

Sous le premier point de vue, la méthode qui consiste à pénétrer dans l'œil par la sclérotique est préférable à celle de l'extraction, car elle permet de faire, suivant l'occurrence, l'abaissement en masse ou le broiement, et celui-ci est beaucoup moins dangereux que les manœuvres nécessaires à l'extraction d'une cataracte molle, qui se divise en lambeaux ou en fragmens, ou qui laisse après elle une humeur trouble difficile à extraire. Elle est encore préférable à la kératonyxis ; car, lorsque l'on rencontre en opérant suivant cette méthode un cristallin dur, il devient fort difficile, ou de le diviser, ou de l'abaisser, sans faire supporter des tiraillemens dangereux à

la cornée et à l'iris, à cause de la direction oblique suivant laquelle l'aiguille est engagée dans l'œil. Enfin, elle est encore applicable à un plus grand nombre de cas que l'extraction, car elle peut être employée sur tous les yeux; tandis que celle-ci n'est pratiquée qu'avec difficulté sur des yeux petits et enfoncés dans les orbites.

Sous le rapport de la facilité d'exécution, cette méthode l'emporte encore sur les autres. Elle est en effet plus facile que la kératonyxis; car l'aiguille dans cette dernière est gênée dans ses mouvemens par le bord de l'ouverture de la pupille dans laquelle elle est engagée; tandis que quand elle traverse la sclérotique, elle peut exécuter facilement des arcs de cercle, dont le centre correspond à la petite plaie; elle est surtout plus facile que l'extraction, dans laquelle le moindre faux mouvement peut avoir des conséquences fâcheuses, par rapport à l'iris principalement.

Si l'on comparaît ces méthodes sous le rapport des accidens primitifs ou consécutifs qu'elles peuvent occasioner, il semblerait au premier coup-d'œil que la kératonyxis devrait en provoquer de moins graves que la piqûre de la sclérotique; cependant, des expériences comparatives faites à l'Hôtel-Dieu, ont prouvé le contraire; la piqûre de la cornée transparente et le tiraillement presque inévitablement éprouvé par la circonférence de la pupille, ont déterminé des inflammations consécutives de la cornée ou de l'iris, plus fréquentes et plus graves qu'après la piqûre de la sclérotique et des autres membranes qui enveloppent le corps vitré. Que si l'on compare sous ce point de vue la méthode dont nous parlons avec l'extraction, on verra que celle-ci n'a sur elle que l'avantage de ne point exposer à la réascension du cristallin, ni à la blessure des nerfs ciliaires. Mais le premier de ces accidens n'entraîne qu'à recommencer une opération peu grave, et le second peut en général être évité en tenant l'aiguille à plat, ainsi que nous l'avons dit; d'ailleurs, l'imperfection de la cicatrice de la cornée,

quand le couteau, mal dirigé, a fait un lambeau irrégulier, la sortie de l'humeur vitrée sous la pression trop forte exercée pour évacuer le cristallin, ou lorsque l'instrument, en incisant ce corps, a blessé la membrane hyaloïde, les difficultés qu'il y a à repousser l'iris, lorsque cette membrane vient à faire hernie à travers la plaie, celles qu'on éprouve pour ressaisir le cristallin renversé dans l'humeur aqueuse, etc., tous ces inconvéniens ne compensent-ils pas les désagrémens de la récidive ou les effets de la blessure des nerfs ciliaires ?

Aussi l'expérience a-t-elle hautement prononcé en faveur de la méthode de l'abaissement, à l'Hôtel-Dieu du moins, toutes les fois qu'on a voulu faire des essais comparatifs, soit qu'on ait opéré en même temps un certain nombre d'individus placés dans les mêmes circonstances, soit que sur un même sujet on ait opéré un œil par abaissement, et un autre par extraction. Ces expériences faites plusieurs fois par M. Dupuytren, ont toujours eu le même résultat, et nous ont déterminé à adopter l'abaissement comme méthode générale. Nous avons employé exclusivement cette méthode un assez bon nombre de fois : nous avons eu quelques inflammations consécutives; mais nous pouvons affirmer que jamais elles n'ont été assez violentes pour compromettre la transparence de l'œil. Nous rappellerons toutefois que nous avons l'habitude de soumettre les malades à un traitement préservatif assez sévère.

ORDRE QUATRIÈME.

IRRITATIONS NERVEUSES OU NÉVROSES.

De la névrose en général.

L'irritation ne détermine pas toujours un afflux appréciable de liquides dans les tissus qu'elle occupe; de la douleur ou le désordre d'une fonction sont souvent alors les seuls symptômes par lesquels elle se manifeste. Nous avons nommé ce mode

d'irritation, *irritation nerveuse* ou *névrose*, et nous l'avons défini : *L'augmentation de l'action organique d'un tissu sans appel appréciable de fluides.* On s'en fera une idée assez exacte, en se représentant les névroses comme étant de même nature que les phénomènes sympathiques des maladies en général, et n'en différant qu'en ce que l'irritation qui les constitue est idiopathique au lieu de dépendre d'une cause éloignée. Ainsi, pour rendre ceci plus sensible par des exemples, les mêmes convulsions que provoque une arachnoïdite, les mêmes vomissemens qu'excite la néphrite, le même délire que détermine une violente gastro-entérite, etc., existent souvent indépendamment de ces phlegmasies, et constituent alors de véritables névroses.

De même que l'afflux anormal du sang dans un tissu est, comme nous avons cherché à le démontrer, le caractère pathognomonique de l'inflammation, de même l'accumulation du fluide nerveux sur une partie est le caractère fondamental de la névrose. Toutes les névroses, en effet, s'expliquent très-bien par l'hypothèse d'un influx nerveux trop rapide, trop intense, ou trop abondant, dans les tissus qui en sont affectés; et une hypothèse qui satisfait à tous les faits, et que fortifient les analogies les plus puissantes, est bien près d'être une vérité démontrée. Cette accumulation du fluide nerveux est tout aussi matérielle que celle du sang dans les tissus enflammés, mais elle n'est pas visible comme elle, parce que le fluide nerveux se dérobe à la vue comme le fluide électrique, avec lequel son identité devient chaque jour moins douteuse. Tous les tissus qui reçoivent des nerfs peuvent donc être affectés de névroses, comme tous ceux qui reçoivent des vaisseaux sanguins peuvent être affectés d'inflammation, et l'on n'est pas plus fondé à placer le siége exclusif des premières dans la moelle épinière et le cerveau, comme le veulent quelques médecins, qu'on ne le serait à établir celui de toutes les phlegmasies dans le cœur et les principales artères.

Les causes de l'irritation nerveuse sont aussi variées que celles de l'inflammation, ou plutôt elle se développe sous les mêmes influences, mais agissant sur des individus prédisposés. Les femmes, les enfans et les individus dont le système nerveux est très-irritable, sont en effet les êtres qu'on voit principalement et presque exclusivement affectés de névroses; et cette forme de l'irritation naît chez eux, comme la phlegmasie, sous l'influence du froid, du chaud, de la sécheresse, de l'humidité, des écarts de régime, de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, etc. Toutefois, il existe un certain ordre de causes qui produisent plus spécialement l'irritation nerveuse : ce sont les affections morales, et parmi elles les émotions vives et brusques, les contrariétés, la colère, la frayeur surtout, et les chagrins. A ces causes, il faut encore joindre les suivantes, dont l'influence est des plus fortes, savoir : les veilles prolongées, les études opiniâtres, l'abus du café, l'oisiveté, la vie des salons, les lectures romanesques ou érotiques, et la masturbation. Enfin, les violentes douleurs, les grandes blessures, les piqûres et les déchirures des nerfs, la produisent aussi quelquefois. L'action de toutes ces causes est évidente, toutes agissent directement ou indirectement, soit sur le système nerveux en général, soit sur quelques portions de ce système, et toujours en exagérant son irritabilité. Que dans l'état d'excitation nerveuse générale qu'elles provoquent, un organe, une partie quelconque, viennent à être irritées par toute autre cause, ou seulement que ces parties soient naturellement plus irritables, il en résultera une névrose partielle, tandis qu'elle fût restée générale sans ces particularités. Nous verrons d'ailleurs plus tard qu'il existe des causes spéciales pour la production d'un grand nombre de névroses partielles.

Il est assez difficile d'exposer d'une manière générale les caractères de l'irritation nerveuse; ils sont presque tous négatifs. Cependant, quand on voit une maladie dont l'invasion est brusque, s'annoncer par une douleur plus ou moins vive

que n'accompagnent ni appel appréciable de fluides, ni tuméfaction, et souvent pas le moindre accroissement de chaleur, ou bien se manifester par un désordre considérable dans une ou plusieurs fonctions; quand on observe en même temps une absence complète de fréquence dans le pouls, d'autant plus remarquable qu'elle contraste davantage avec la vivacité de la douleur, ou avec le désordre de la fonction lésée; si en outre cette maladie cesse tout à coup et souvent d'elle-même, si elle revient à des époques plus ou moins régulières, si l'état électrique de l'atmosphère, les affections morales ou les autres causes que nous avons énumérées, influent évidemment sur le retour de ses accès ou de ses attaques, si enfin immédiatement après la suspension des symptômes, et pendant tout le temps que dure l'intermission, le malade est dans un état de santé satisfaisante, et, à plus forte raison, si elle ne paraît pas même avoir été dérangée, la maladie est une névrose. Il n'est toutefois pas nécessaire de trouver tous ces signes réunis pour caractériser une irritation nerveuse; il suffit pour la constater, d'une douleur vive ou d'un désordre fonctionnel considérable, sans afflux de liquides ou sans accélération du pouls. Dans chaque tissu, elle offre d'ailleurs des symptômes particuliers, qui ne permettent pas en général de la méconnaître; nous aurons le soin de les signaler.

Mais l'irritation nerveuse n'est pas toujours aussi simple que nous venons de la décrire, elle s'accompagne quelquefois d'un afflux sanguin plus ou moins considérable, et même on la voit assez fréquemment coexister avec l'inflammation du tissu qu'elle affecte : il en résulte alors un mélange de symptômes inflammatoires et de phénomènes nerveux qui rendent le diagnostic difficile. Ce n'est pas que l'on éprouve de la difficulté à reconnaître l'existence simultanée des deux modes d'irritation; on y parvient au contraire assez aisément, mais on est souvent fort embarrassé dans ces cas, pour savoir si les phénomènes inflammatoires sont subordonnés à l'irritation nerveuse, si ce

sont au contraire ceux-ci qui dépendent des premiers, ou enfin s'il y a seulement existence simultanée des deux ordres de symptômes sans dépendance mutuelle : en d'autres termes, si l'on a sous les yeux une névrose avec afflux sanguin, ou une inflammation avec phénomènes nerveux, ou la névrose et l'inflammation simultanées d'un même tissu. Il est alors indispensable de rechercher les causes de la maladie, d'en peser les symptômes et d'observer leur marche, et quelquefois même de tenter quelques médications, comme pierres de touche en quelque sorte, pour éclairer la nature du mal. On y parvient en général assez promptement quand l'affection est aiguë ; mais lorsqu'elle est chronique, il est parfois impossible d'en porter le diagnostic précis.

Rien n'est variable comme la marche des névroses en général ; presque toujours elle est remarquable par l'irrégularité, car ce n'est pas, à proprement parler, de l'intermittence dans le sens que l'on attache généralement à ce mot, qu'offrent leurs accès, c'est encore moins de la périodicité, c'est un retour irrégulier sous l'influence de nouvelles causes. L'intensité des accès est quelquefois effrayante, et cependant on les voit rarement occasioner la mort. Quant à la durée des névroses, elle est en général très-longue, bien qu'elle puisse, dans quelques cas, être de quelques minutes seulement. On obtient en général difficilement la guérison de ces maladies, plusieurs même sont incurables; cependant on ne peut pas les considérer comme dangereuses puisqu'elles entraînent rarement la mort; les malades qui en sont atteints succombent ordinairement à d'autres affections qui surviennent pendant leur cours, ou à la phlegmasie chronique et à la désorganisation du tissu qu'elles affectent, modes de terminaison presque inévitables de celles qui sont de longue durée.

Les caractères anatomiques des névroses ne sont pas connus, ou plutôt il est de leur nature de n'en pas avoir. Si l'on rencontre en effet des lésions à leur suite, ce sont toujours celles

d'un autre mode de l'irritation, celles de la phlegmasie par exemple, et jamais on n'observe sur les cadavres de désordres appréciables auxquels on puisse rattacher leurs symptômes. Dans l'opinion que nous nous sommes formée de la nature de ces maladies, ce manque absolu de données précises d'anatomie pathologique ne nous étonne pas; on n'en possédera jamais davantage, s'il est vrai, comme nous en avons émis les premiers l'idée, que les irritations nerveuses dépendent toutes de l'accumulation du fluide nerveux dans un tissu. Il est évident dès-lors que, soit que ce *fluxus*, cet appel, cette accumulation de fluide nerveux s'opère sans celle des autres fluides, soit que son afflux s'accompagne de celui du sang, on ne peut dans aucun cas l'apprécier sur le cadavre, puisqu'il n'est pas possible de l'observer, même pendant que les tissus sont encore doués de la vie. Or, cette hypothèse rend parfaitement compte de tous les phénomènes qui caractérisent les névroses; elle permet de concevoir la brusque invasion de la plupart de ces maladies, elle explique très-bien leur mobilité, la facilité et la rapidité avec lesquelles elles se transportent d'un tissu sur un autre, leur cessation soudaine et souvent spontanée, la sensation d'engourdissement local qui les suit fréquemment, engourdissement qui paraît résulter bien évidemment d'un épuisement de fluide nerveux, l'influence qu'exerce l'état électrique de l'air sur le retour des attaques, l'état de santé parfaite qui succède immédiatement à leurs accès les plus violens, leur guérison souvent subite après plusieurs années de durée, etc., etc., etc. La nature des névroses paraît donc bien être celle que nous leur assignons; elles ne doivent donc point posséder de caractères anatomiques.

Soutirer en quelque sorte le fluide nerveux des parties où il s'accumule, l'y neutraliser ou le répartir uniformément dans toute l'économie, telles sont les indications thérapeutiques qui découlent des idées théoriques et des considérations générales qui précèdent. Ne sont-ce pas les mêmes indications que l'on exprime dans un autre langage, quand on conseille de révulser,

de détruire, et de disséminer l'irritation nerveuse? Les moyens de les remplir sont nombreux et variés : parmi eux, les saignées locales et générales, les bains peu chauds, l'exercice poussé jusqu'à la fatigue, une grande régularité dans le régime, le séjour à la campagne et les distractions, occupent le premier rang : viennent en seconde ligne ces nombreux antispasmodiques si vantés par les thérapeutistes, et dont on a tant abusé, tels que l'éther, le musc, le castoréum, le succin, l'assa fœtida, la valériane, etc.; enfin nous plaçons les derniers, mais seulement parce que le mode d'action n'en est pas bien connu, l'électricité, le galvanisme, l'acupuncture, l'électro-puncture et les deux magnétismes. En traitant de chaque névrose en particulier, nous préciserons, autant que nous le permettront l'état de la science et nos propres recherches, les conditions principales de l'emploi de ces divers moyens.

NÉVROSES DU SYSTÈME NERVEUX.

Considérations générales.

Nous avons déjà vu, que la substance du cerveau, du cervelet, de la moelle et des nerfs, pouvait devenir le siége d'inflammations et d'hémorrhagies, comme tous les autres tissus; comme eux aussi, nous allons la voir contracter des névroses, c'est-à-dire devenir le siége de concentrations ou d'accumulations locales du fluide nerveux, sans afflux appréciable d'autres fluides. Plusieurs médecins donnant au mot *névrose* une extension abusive, l'ont appliqué comme terme générique à toutes les maladies du système nerveux, et dès-lors ils ont cru devoir critiquer l'expression de *névroses du système nerveux* que nous avons consacrée. Nous ne nous arrêterons pas à combattre longuement leur erreur, nous nous bornerons à répondre en peu de mots, que la cérébrite, l'apoplexie et l'épilepsie ont souvent le même siége dans la substance blanche du cerveau, et que cependant jamais auteur n'a osé prétendre que ce fussent là trois névroses. Tous les patholo-

gistes, au contraire, regardent la première comme une inflammation, la seconde comme une hémorrhagie, et la troisième comme une névrose : or, s'il est convenable de ranger la cérébrite parmi les inflammations du système nerveux, l'apoplexie au nombre de ses hémorrhagies, il doit l'être et il l'est en effet, de placer l'épilepsie parmi ses *névroses*.

Le cerveau, le cervelet, la moelle épinière et les cordons nerveux, offrent autant d'exemples de névroses que tous les autres systèmes ensemble. Pénétrés, imprégnés en quelque sorte de fluide nerveux, ces organes devaient en effet éprouver plus fréquemment les troubles qui résultent des dérangemens de ce fluide. Aussi les voit-on contracter des névroses à l'occasion des causes qui produisent presque constamment des phlegmasies dans les autres organes ; et l'on voit aussi leurs phlegmasies être toujours accompagnées de phénomènes nerveux plus ou moins marqués.

Parmi les névroses du système nerveux, les unes troublent principalement les mouvemens, telles sont les *crampes*, les *convulsions*, la *chorée* ou *danse de Saint-Guy*, le *tremblement mercuriel*, la *catalepsie*, l'*épilepsie* et le *tétanos ;* d'autres semblent affecter davantage le sentiment ; telles sont l'*hypertrophie*, la *nyctalopie*, le *priapisme*, le *satyriasis*, l'*hystérie*, la *nymphomanie* et la *rage* ou *hydrophobie ;* et plusieurs enfin consistent principalement dans les désordres de l'intelligence, tels sont le *cauchemar*, le *somnambulisme*, le *delirium tremens* et la *folie*. Nous ne prétendons pas que cette distinction soit absolue, mais nous ne la croyons ni sans fondement ni inutile ; ainsi pensent sans doute aussi les auteurs qui l'ont adoptée depuis que nous l'avons établie. Rien en effet de ce qui peut jeter quelque jour sur la nature des maladies que nous allons étudier dans ce chapitre, ne doit être négligé, et, sous ce rapport, il ne saurait être sans utilité de faire remarquer que les trois grandes fonctions du système nerveux, mouvement, sentiment, et intelligence, peuvent être troublées isolément. Les

travaux de MM. Bell, Magendie, Rolando, Foville, etc., en assignant des organes particuliers à chacune de ces fonctions, n'ont-ils pas d'ailleurs rendu cette distinction indispensable.

Toutes les maladies que nous réunissons ici sont-elles des névroses? Quelques-unes, telles que l'hydrophobie et le tétanos, n'appartiennent-elles pas aux inflammations? Enfin, plusieurs, comme les crampes et les convulsions, sont-elles autre chose que des symptômes? Dans l'état actuel de la science, il n'est peut-être pas encore possible de résoudre complètement ces questions. Nous nous bornerons, en étudiant chacune de ces maladies, à faire connaître les opinions principales qui règnent sur leur nature, et nos motifs pour adopter l'une plutôt que l'autre.

Névroses du mouvement.

Des crampes.

On nomme ainsi, toute contraction involontaire, presque toujours subite, passagère et très-douloureuse, d'un ou de plusieurs muscles; ceux du mollet en sont le siége le plus ordinaire. L'extension forcée et la fausse position des muscles, la compression, la piqûre ou la contusion d'un nerf, en sont les causes les plus fréquentes. On attribue généralement les crampes qui surviennent à la partie postérieure des cuisses et des jambes, chez les femmes qui sont dans les douleurs de l'enfantement, à la compression exercée sur les nerfs sacrés par la tête de l'enfant, lorsqu'elle plonge dans le petit bassin : c'est probablement à une cause analogue que sont dues celles qu'elles éprouvent souvent pendant la grossesse. Mais les crampes du mollet, de la plante des pieds et des doigts, surtout les premières, surviennent souvent sans cause apréciable, pendant le sommeil ou dans le repos le plus parfait. Cela s'observe chez tous les individus, mais principalement chez ceux qui ont le système nerveux très-irritable, chez les hystériques, les hypochondriaques et tous les individus qui se livrent à des excès

vénériens ou à la masturbation. Aussitôt que l'on éprouve une crampe, il faut se hâter d'étendre ou de comprimer fortement le muscle convulsé, et si elle a lieu au mollet, appuyer avec force la jambe sur le sol, en l'étendant sur la cuisse, ou bien l'appuyer contre le lit. On débarrasse assez fréquemment les femmes enceintes, des crampes des mollets qui les tourmentent pendant la nuit, et les privent souvent de sommeil, en leur faisant conserver au lit des jarretières un peu serrées. Dans le peuple, on veut que ces jarretières soient en peau d'anguille. Lorsque les crampes tiennent à l'irritabilité extrême du système nerveux des malades, il faut combattre cet état par les moyens que nous avons déjà indiqués. Enfin, quand elles accompagnent l'hystérie, l'hypochondrie, etc., elles n'exigent aucuns moyens particuliers; elles cèdent avec ces affections.

On pourrait regarder comme une crampe continue, cette contraction de l'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, qui survient presque toujours après une fausse position du cou pendant le sommeil, et que l'on nomme *torticolis*. Elle est en général peu douloureuse dans le repos, mais elle dure parfois plusieurs jours, et oblige à recourir à des frictions sèches ou huileuses et opiacées, aux bains de pied sinapisés, au bain tiède, et à l'application de cataplasmes émolliens et narcotiques. Le froid l'aggrave, la chaleur le soulage.

Des convulsions.

On entend généralement par convulsions, toute secousse ou contraction violente, alternative et involontaire, d'un plus ou moins grand nombre de muscles soumis à l'empire de la volonté. Le nom de *spasme* s'applique plus particulièrement à la constriction morbide des plans musculaires de la vie végétative.

Les convulsions ne sont jamais qu'un symptôme; elles dépendent toujours de l'irritation d'une partie quelconque du système nerveux. Pour en énumérer les causes, il faudrait donc

réunir toutes celles de l'irritation du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière et des nerfs. C'est ce qu'ont fait tous les auteurs qui, méconnaissant la véritable nature des convulsions, ont érigé ce symptôme en maladie. Bien plus, comme les irritations cérébrales, cérébelleuses et rachidiennes, peuvent être sympathiques de la souffrance de tous les autres organes, et provoquer encore des convulsions, il en est résulté que tout agent morbide a été rangé parmi les causes de ce désordre. Une telle confusion n'est plus permise aujourd'hui : les convulsions partielles sont le symptôme de l'inflammation des troncs nerveux ; les convulsions de toute une partie, d'une des moitiés latérales ou des deux moitiés du corps, sont symptomatiques de l'irritation du cerveau, du cervelet ou de la moelle épinière ; leurs causes éloignées sont par conséquent celles des irritations de ces diverses parties, et leurs causes prochaines ces irritations elles-mêmes. (Voyez *névralgie*, *névrite*, *cérébrite*, *cérébellite*, *myélite*, *épilepsie*, *tétanos*, etc.) Certaines convulsions épileptiformes qui surviennent aux enfans à l'époque de la dentition, et aux femmes, vers la fin de la grossesse, pendant ou après l'accouchement, ont reçu le nom d'éclampsie. Parmi les autres inflammations, celle de l'arachnoïde est une cause presque constante de convulsions, et celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale, la cause la plus fréquente après celle-ci. (Voyez *arachnoïde* et *gastro-entérite*.) Enfin, chez tous les enfans en bas âge, et principalement chez ceux qui sont prédisposés, c'est-à-dire ceux dont la tête est volumineuse, l'intelligence précoce, l'œil vif, la physionomie mobile, qui dorment peu, se réveillent tout-à-coup au milieu de la nuit, effrayés et poussant des cris ; qui dans le jour tressaillent au moindre bruit, et dont les joues pâlissent et rougissent alternativement plusieurs fois en quelques heures ; qui ont, en un mot, le cerveau très-irritable : chez de tels enfans, il suffit d'une indigestion, de la faim, de quelques vers dans les voies digestives, de matières fécales endurcies, d'une légère irritation

gastro-intestinale enfin, pour tourmenter sympathiquement le cerveau, et faire naître des convulsions. (Voyez *gastro-entérite*, *vers intestinaux*.) En un mot, l'irritation directe ou sympathique d'un point quelconque du système nerveux est toujours la cause des convulsions. En raison de la plus grande irritabilité de ce système, et de la vivacité des sympathies dans l'enfance, elles sont plus fréquentes à cette époque de la vie. Ces mêmes causes font que les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes. Un état contraire de l'économie en met pour ainsi dire les vieillards à l'abri.

Les convulsions produites par le chatouillement, le rire, une impression morale subite, la soustraction rapide d'une certaine quantité de sang, dépendent évidemment aussi de l'irritabilité augmentée de l'encéphale. Dans le dernier cas, cette exaltation de l'irritabilité n'est, il est vrai, que relative : elle dépend, ainsi que nous l'avons déjà dit, de la prédominance qu'acquiert tout-à-coup le système nerveux, lorsque le système sanguin vient à cesser subitement de lui faire en quelque sorte équilibre.

S'il est incontestable que les convulsions ne sont qu'un symptôme, on ne peut en assigner ni la durée, ni la terminaison, ni le pronostic, d'une manière générale. Cependant, il faut faire observer que ce symptôme augmente toujours la gravité des irritations qu'il accompagne, que ces irritations sont presque toujours déjà très-graves par elles-mêmes, et que par conséquent elles sont nécessairement suivies d'une mort prompte ou d'un rétablissement rapide. A l'ouverture des cadavres, on ne trouve pas de lésions propres aux convulsions, mais on rencontre les traces de l'irritation qui les avait provoquées. Dans la très-grande majorité des cas, ces traces existent dans l'arachnoïde, la membrane muqueuse des voies digestives, le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs.

Il n'y a pas non plus de traitement spécial des convulsions :

c'est à leur cause qu'il faut toujours remonter, puisque, nous le répétons, elles ne sont qu'un symptôme. Combattre l'irritation du cerveau, de la moelle épinière ou du nerf qui les provoque, par les moyens que nous avons indiqués en traitant de ces irritations; détruire l'inflammation de l'arachnoïde, de la membrane muqueuse gastro-intestinale, ou de tout autre organe dont elles dépendent; chasser le méconium, les vers, expulser les matières fécales endurcies, etc., par les médications que nous ferons connaitre par la suite : telles sont donc les principales indications à remplir, tels sont les plus sûrs moyens de les faire cesser. Cependant, comme elles surviennent ordinairement chez des individus dont le système nerveux est trop irritable, et comme, en outre, l'irritation même sympathique et légère de ce système, qu'elles annoncent nécessairement, est toujours une complication fâcheuse, il est utile de seconder le traitement principal par les moyens propres à diminuer cette irritation. Dans ce but, on peut donc employer les bains tièdes; les antispasmodiques, comme éther, eau de fleurs d'oranger, succin, musc, etc.; la jusquiame, l'opium et tous les narcotiques, mais avec les plus grandes précautions et à très-petites doses, parce qu'ils augmentent la congestion cérébrale; l'oxide de zinc, l'ammoniaque liquide, l'acide hydrocyanique, etc. Ces derniers moyens suffisent souvent, lorsque les convulsions reconnaissent pour cause une irritation directe de l'encéphale, et que cette irritation est peu intense. C'est dans ce cas aussi que l'on a recours avec avantage aux révulsions de la peau et de la membrane muqueuse gastro-intestinale. On vante beaucoup le calomélas (proto-chlorure de mercure) à ce dernier effet; nous l'avons employé avec succès.

Du strabisme.

Il arrive quelquefois que des enfans au berceau, ou même plus avancés en âge, sont pris de convulsions pendant leur sommeil; ils poussent des cris pendant quelques instans, puis

se rendorment; ou bien ils semblent passer une nuit aussi calme que de coutume, mais à leur réveil, on les trouve avec un ou plusieurs membres comme tordus ou rétractés, ou bien avec la bouche déviée, ou enfin affectés de strabisme plus ou moins prononcé. La torsion des membres, la déviation de la bouche, sont par tout le monde rapportées à leur véritable cause, les convulsions. Mais comme le strabisme est souvent graduel, on n'en soupçonne pas la cause alors même qu'il est subit. On l'attribue à la force inégale des muscles de l'œil; ou bien à ce que la couchette de l'enfant étant mal placée, et celui-ci recevant la lumière obliquement, il dirige son œil de côté et en contracte l'habitude; ou bien à ce qu'un enfant myope prend l'habitude de regarder d'un seul œil les objets rapprochés, et force ainsi cet organe à se reporter habituellement en dehors, sans que l'autre œil suive ce mouvement; ou bien à la force inégale des deux yeux, laquelle oblige l'enfant à condamner le plus faible au repos pour voir distinctement; ou au défaut de parallélisme entre la pupille et l'axe visuel ou la cornée; ou enfin à la longueur inégale des muscles de l'œil. Aucune de ces explications ne nous paraît fondée, et nous regardons le strabisme comme le résultat persistant d'une irritation cérébrale légère, comme une convulsion partielle et permanente. C'est, selon nous, un phénomène entièrement analogue à cette déviation de la bouche, à cette torsion ou rétraction des membres, qui persistent après que leur cause a disparu. Ne voit-on pas d'ailleurs le strabisme survenir comme symptôme dans les inflammations du cerveau ou de ses enveloppes? N'est-il pas naturel de supposer que sa cause est de même nature dans les deux cas? Si l'on nous objecte que ce symptôme persiste dans une circonstance où nous le supposons produit par une irritation légère, tandis qu'il disparaît au contraire lorsqu'il dépend d'une inflammation intense, nous répondrons en faisant remarquer, qu'il en est de même de la déviation de la bouche et de la rétraction ou

torsion des membres, dont on ne conteste pas l'identité des causes dans tous les cas.

Quoi qu'il en soit, le strabisme, ou le défaut de parallélisme des axes optiques, exige un traitement spécial. Il est probable que les moyens qui diminuent l'irritation de l'encéphale le feraient cesser, s'ils étaient employés aussitôt que l'on s'aperçoit qu'un enfant commence à en être affecté. Mais quand cette difformité est déjà un peu ancienne, l'irritation encéphalique n'existe plus, la contraction musculaire qui dévie l'œil est devenue en quelque sorte habituelle : c'est donc cette habitude qu'il faut détruire. A cet effet, on force l'œil louche à agir seul, en couvrant l'autre d'un bandeau; ou bien on place au-devant de lui une calotte de carton percée d'une petite ouverture, laquelle doit toujours être placée du côté opposé à celui vers lequel le globe de l'œil est entraîné par le muscle convulsé, dans le but de forcer le muscle antagoniste à un surcroît d'action qui puisse à la longue rétablir l'équilibre.

Des convulsions du globe de l'œil.

M. le professeur Richerand dit avoir observé plusieurs fois cette maladie (1); elle consiste, suivant ce chirurgien, dans des convulsions habituelles des globes oculaires, qui sont alternativement portés en dedans, puis en dehors, par les contractions successives et involontaires de leurs muscles adducteurs et abducteurs. Il prétend avoir remarqué qu'elle se lie à la faiblesse du nerf optique; mieux eût valu dire que la cause en est inconnue. Nous croyons cependant que ce n'est qu'une habitude vicieuse, dont on peut se débarrasser par une volonté ferme; M. Richerand la dit absolument incurable. Elle empêche de pouvoir regarder fixement les objets, et trouble la vision.

(1) *Nosographie et Thérapeutique chirurgicales*, tom. III, pag. 207, 5e édition.

Du tic.

On nomme ainsi un mouvement convulsif, irrégulier, et habituel, d'un ou de plusieurs muscles de la face : c'est plutôt une cause de difformité qu'une maladie. Nous n'y voyons encore qu'une habitude vicieuse que la volonté seule peut guérir.

De la voix convulsive.

La voix convulsive consiste dans une difficulté de parler, suivie tout-à-coup d'une sorte d'explosion de sons articulés discordans, alternativement aigus et graves, à la production desquels la volonté n'a aucune part, et qu'elle ne peut pas empêcher. On ne connaît pas la cause de cette névrose, le traitement en est par conséquent fort incertain. Cependant, on l'a guérie par les vapeurs éthérées, le camphre, les antispasmodiques en général, les cataplasmes narcotiques, etc. Il est probable que les vésicatoires, les sétons, ou les moxas, sur les parties latérales du larynx, parviendraient à la faire disparaître, si elle résistait aux moyens précédens.

Du bégaiement.

Le bégaiement est toujours une maladie légère, mais il est souvent une infirmité des plus incommodes. Cette névrose de la parole consiste spécialement à prononcer avec difficulté, et à répéter par secousses convulsives, un plus ou moins grand nombre de fois, celles des lettres ou des syllabes dont l'articulation exige le plus d'effort et de précision de la part des organes de la voix et de la parole (1). On pense assez généralement aujourd'hui qu'il a sa source dans le cerveau, qu'il dépend même d'un certain degré d'irritabilité de cet organe; mais la nature précise de sa cause n'est pas bien connue. On ne commence à le remarquer chez les enfans que vers l'âge de quatre à cinq ans; il s'accroît jusqu'à la puberté, reste stationnaire pendant la jeunesse, diminue dans l'âge mûr,

(1) *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, tom. III, article Bégaiement, par M. Rullier.

et disparaît plus ou moins complètement dans la vieillesse. Il est extrêmement rare chez les femmes. La timidité, la contrainte, l'augmentent; la confiance, l'assurance, le diminuent. Dans une conversation animée et qui l'intéresse vivement, le bègue cesse quelquefois de l'être pendant quelques instans ; il en est de même dans la colère, dans l'action de chanter ou de déclamer. M. le professeur Désormeaux a connu un homme de lettres qui était devenu bègue par imitation. Il existe plusieurs degrés de cette infirmité, depuis une légère difficulté de prononciation, jusqu'à un embarras tel que le malade peut à peine parler. On parvient à vaincre et à faire disparaître le bégaiement, avec de l'étude, une grande persévérance et une forte volonté. Déclamer, parler et lire à haute voix, chanter, insister surtout sur les syllabes les plus difficiles à prononcer, sont les meilleurs moyens d'y remédier. L'adulte qui a fermement conçu le projet de se guérir en vient presque toujours à bout. M. Itard a guéri deux enfans, en les faisant confier à des gouvernantes étrangères, et les forçant ainsi à faire un nouvel apprentissage de la parole. Le même médecin a guéri deux autres enfans, à l'aide d'un petit instrument en forme de fourche, en platine ou en or, qu'il faisait placer sous la langue : cet instrument gêne, il est vrai, l'articulation des sons dans les premiers temps de son usage, mais il s'oppose immédiatement à ce qu'ils soient bégayés.

Du hoquet.

Il est difficile de définir le hoquet : c'est une inspiration convulsive, accompagnée d'un bruit particulier, se reproduisant plusieurs fois par minute, et qui paraît dépendre d'une contraction convulsive du diaphragme. Rarement c'est un état morbide ; il est très-fréquent chez les enfans ; on le voit se manifester à tous les âges, après l'ingestion trop rapide d'une certaine quantité d'alimens et surtout après un repas sans boire. Il est très-commun chez les ivrognes lorsque leur estomac est

gorgé de vin; on l'a vu survenir quelquefois à la suite des affections morales vives.

Le hoquet existe souvent comme symptôme d'une autre maladie. Ainsi, il accompagne quelquefois les affections cérébrales, et souvent les hernies étranglées, la pleurite sus-diaphragmatique, la péritonite sous diaphragmatique, et la gastrite occupant le cardia ou s'étendant jusqu'à lui, ainsi que nous avons eu plus d'une fois l'occasion de nous en convaincre. Ce symptôme est toujours très-fatigant pour les malades; il persiste quelquefois après la maladie qui l'avait provoquée.

Dans ce dernier cas, et dans quelques circonstances où le hoquet est primitif et indépendant de tout autre état morbide, il devient parfois assez grave et opiniâtre pour constituer une véritable maladie. Les personnes très-nerveuses en sont quelquefois atteintes, soit à l'occasion d'une forte impression morale, soit par imitation, ainsi que Sauvages en rapporte un exemple.

On guérit en général le hoquet par des moyens simples. Il suffit souvent de suspendre aussi long-temps que possible la respiration, ou de boire lentement et sans inspirer une certaine quantité d'un liquide quelconque, d'ingérer une glace ou un peu de vinaigre pur, de porter fortement son attention sur quelque chose, de provoquer l'éternuement, pour le faire disparaître. Une frayeur, un mouvement de colère, le dissipent aussi très-rapidement. Mais dans quelques cas ces moyens sont insuffisans, et l'on est forcé d'avoir recours, aux bains, aux antispasmodiques, aux opiacés, aux vomitifs, et au quinquina quand l'affection est périodique; dans quelques cas même, il a fallu appliquer des ventouses sèches et scarifiées, des vésicatoires, et même un bouton de feu, au-dessous de l'appendice xyphoïde. Parmi les boissons qu'il convient d'administrer, la limonade sulfurique paraît être la plus efficace.

Il est presque superflu d'ajouter que le hoquet symptomatique ne réclame aucun traitement; il cède en général à celui que l'on dirige contre la maladie principale.

De la chorée.

On nomme *chorée*, *danse de Saint-Guy*, etc., une névrose dont la nature est inconnue, et dont les symptômes consistent en des mouvemens continuels, désordonnés, involontaires, d'une partie ou de la totalité des muscles soumis à l'empire de la volonté. Quand ces mouvemens sont généraux, le malade fait de continuelles grimaces; il gesticule sans cesse d'une manière bizarre; son corps et ses jambes sont agités de secousses non interrompues, et livrés à des contorsions singulières; quelquefois ils sont bornés à un seul côté du corps, et même à la face, à un bras, ou à une jambe. On sent avec la main la contraction des muscles, et on peut l'empêcher par une compression modérée (1). Les malades prononcent difficilement et souvent en bégayant; ils éprouvent quelquefois des engourdissemens, picotemens, ou fourmillemens dans les muscles affectés, très-souvent une légère diminution des facultés intellectuelles, des maux de tête, des étourdissemens, de l'agitation, de l'insomnie, etc.

Les individus qui sont affectés de cette maladie sont en général grêles, maigres, pâles, capricieux, irascibles; quelques-uns sont épileptiques, ou parmi les femmes, hystériques. On l'observe le plus communément chez les enfans, plus chez les filles que chez les garçons; les adultes en sont rarement atteints; on dit que les vieillards ne la présentent jamais. Son invasion est subite ou précédée par quelques-uns des phénomènes cérébraux indiqués ci-dessus; sa marche est continue, rémittente ou régulièrement intermittente; les exacerbations sont déterminées ou les accès reproduits par toute excitation cérébrale un peu forte, comme la colère, la frayeur, ou par le café, les liqueurs spiritueuses. Cette névrose dure depuis quel-

(1) Georget, *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, tom. V, article Chorée.

ques jours jusqu'à plusieurs années; elle guérit souvent spontanément à l'époque de la puberté; rarement elle a des suites funestes; quelquefois cependant l'épilepsie, l'hystérie, ou l'aliénation mentale lui succèdent. MM. Serres et Lisfranc pensent que son point de départ est dans les tubercules quadrijumeaux, et qu'elle dépend même de l'inflammation de ces parties.

Il serait superflu d'énumérer les causes de la chorée; ce sont toutes celles qui peuvent augmenter l'excitation cérébrale, celles en un mot de toutes les irritations du cerveau. Quand au traitement de cette maladie, il se compose des évacuations sanguines générales et locales, des bains froids ou tièdes, des bains de surprise, des affusions froides, des antispasmodiques, des narcotiques, des anthelmintiques lorsqu'elle est produite par des vers intestinaux, et des sels de quinquina lorsqu'elle est intermittente. On rapporte qu'en Allemagne, les personne qui en étaient affectées allaient danser nuit et jour à la chapelle de Saint-Guy pour se guérir. Ne serait-il pas possible que, soumettre ainsi les mouvemens au rhythme et à la cadence pendant plusieurs jours, fût un des meilleurs moyens de les faire rentrer sous l'empire de la volonté? Ce qui se passe d'analogue dans le bégaiement tend à le faire croire.

Du tremblement mercuriel.

Il existe une névrose qui a quelqu'analogie avec celle que nous venons de décrire, c'est le *tremblement mercuriel*. Tous les ouvriers qui emploient le mercure, tels que les doreurs sur métaux, les étameurs de glaces, les fabricans de thermomètres, finissent par en être affectés; les malades soumis à un traitement mercuriel prolongé peuvent aussi en être atteints; ce fait avancé par Sauvages et par M. Mérat (1), contesté par plusieurs médecins et entr'autres par Cullerier oncle, a été mis récemment hors de doute par M. Colson (2).

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. IV.

(2) *Archives générales de Médecine*, tom. XV.

Tous les muscles du corps, ceux du tronc comme ceux des membres, peuvent présenter le tremblement mercuriel, cependant il est plus ordinaire de le voir borné aux seuls muscles des membres; les symptômes en sont faciles à constater. Ils consistent tantôt dans un simple tremblotement des muscles qui s'oppose à la sûreté des mouvemens, et tantôt dans de véritables contractions involontaires qui font exécuter des mouvemens irréguliers. Ces symptômes sont ordinairement continus. et ils s'accroissent sous l'influence des affections morales et des excitans gastriques. On les voit fréquemment précédés par des crampes et des douleurs vives par tout le corps qui s'exaspèrent pendant la nuit. La salivation mercurielle les accompagne quelquefois chez les individus qui ont contracté la maladie sous l'influence d'un traitement antisyphilitique; chez les femmes, il y a ordinairement suspension du flux menstruel.

Cette maladie ne peut pas être considérée comme grave, car quand elle est récente, il suffit en général de soustraire les malades à l'influence du mercure pour la faire cesser. Plus rebelle lorsqu'elle dure déjà depuis un certain temps, elle cède cependant encore à l'emploi des bains de baignoire, des boissons sudorifiques, et des légers purgatifs si l'état des voies digestives le permet. Enfin, lorsqu'elle est très-ancienne, il faut joindre à ces moyens l'usage des antispasmodiques, tels que le musc, le castoreum, l'éther, l'opium, etc. Dans tous les cas, on doit faire concourir le régime à la guérison; ce régime doit être sévère et consister principalement dans la diète lactée.

De la catalepsie.

La nature de cette maladie est aussi obscure que celle de la chorée. On a quelques raisons de croire que c'est une irritation cérébrale; mais on ignore d'où dépend le caractère particulier qu'elle imprime à ses symptômes. Il en est de même, au reste, de la plupart des névroses du système nerveux. Celle-ci est in-

termittente irrégulière, et ses attaques consistent dans une suspension le plus souvent complète de l'entendement et du mouvement volontaire, avec raideur générale ou partielle du système musculaire, les membres conservant souvent la position qu'ils avaient au commencement de l'attaque, ou celle qu'on leur donne pendant son cours (Georget) (1).

Causes. Une grande irritabilité du système nerveux, un caractère mélancolique, l'enfance et le sexe féminin, prédisposent à la catalepsie. Elle est ordinairement produite par la frayeur, la colère, le chagrin, les méditations profondes, les études forcées, la contemplation, la mysticité. On croit que la présence de vers dans les voies digestives peut la produire.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. L'invasion des attaques est ordinairement précédée par des maux de tête, du trouble ou de l'exaltation dans les idées, des douleurs dans les membres, des palpitations, des bâillemens; parfois de légères secousses convulsives, des crampes, la rougeur ou la pâleur du visage, et un sentiment de froid ou de chaleur dans diverses parties. (Georget.) Quelquefois l'attaque est subite. Dans tous les cas, la perte de connaissance est plus ou moins complète, le cou et les membres se raidissent, les yeux sont ouverts, fixes, immobiles, et dirigés en haut ou en avant. La respiration et les mouvemens du cœur s'exercent librement chez quelques malades; ils sont presque complètement suspendus chez d'autres, et le malade paraît mort: enfin quelquefois le pouls est fort et fréquent, et les artères temporales battent avec force. Les membres sont raides ou flexibles; la température du corps varie souvent en même temps dans diverses parties; la face est ordinairement animée, et quelquefois pâle. L'attaque dure depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs jours, et, lorsqu'elle est dissipée, il reste ordinairement de la céphalalgie, une exaltation de l'esprit et des sens, et un sen-

(1) *Dictionnaire cité*, article CATALEPSIE.

timent de fatigue et de brisement dans les membres. M. Sarlandière a vu la catalepsie se prolonger sans interruption pendant six mois.

Le retour des attaques est plus ou moins fréquent; elles se manifestent plusieurs fois par jour, ou une seule fois tous les jours, ou tous les deux, trois, six ou huit jours, et sont déterminées par les plus légères excitations cérébrales. Dans leur intervalle, le malade se porte quelquefois très-bien; d'autres fois il éprouve quelques-uns des phénomènes cérébraux précédemment exposés, et de plus la privation du sommeil, des pleurs ou des ris sans motifs, de la surdité, de l'aphonie, etc. L'attaque peut être immédiatement suivie de la mort ou d'une apoplexie qui entraîne cette terminaison funeste plus ou moins promptement; il peut n'y avoir qu'une seule attaque suivie du retour à la santé parfaite; enfin l'hystérie, la mélancolie, l'hypochondrie ou le marasme, en sont quelquefois les suites.

Traitement. M. Georget pense qu'il existe peu de différence entre la catalepsie et l'hystérie; il fait remarquer d'ailleurs que ces affections existent presque toujours ensemble. Nous n'avons vu qu'une seule cataleptique, et elle était en même temps hystérique. Le traitement de ces affections doit donc peu différer; il est le même, au reste, que dans la plupart des irritations cérébrales. Les saignées tiennent le premier rang; mais on a remarqué que les malades s'effraient presque toujours de la saignée générale, et l'on a recours de préférence aux applications de sangsues, faites tous les cinq à six jours aux pieds, aux cuisses, au cou, aux tempes, etc. L'usage des bains froids et l'application de la glace sur la tête, doivent être employés avec ce premier moyen: on obtient en général d'excellens effets de leur réunion. On a employé avec succès l'électricité pendant et hors les attaques. Petetin et Sauvages proscrivent les bains tièdes, les pédiluves et les purgatifs, qu'ils ont toujours vus nuisibles dans cette maladie. M. Georget regarde les antispasmodiques comme peu utiles et souvent nuisibles: il pense aussi que l'on

devrait avoir recours plus fréquemment à l'insufflation pulmonaire, dans les cas de ralentissement considérable on de suspension complète de la respiration. En effet, la lésion du cerveau ou de lamoelle peut être très-légère, et cependant la mort arriver par le défaut de contact du sang avec l'air, d'où résulte sa conversion en sang noir et son action stupéfiante sur le cerveau : ce qui n'aurait pas lieu si l'on pratiquait dans ces cas l'insufflation pulmonaire.

De l'épilepsie.

L'épilepsie est une névrose chronique et intermittente du cerveau, principalement caractérisée par des attaques convulsives, en général de courte durée, avec perte subite et complète de connaissance, insensibilité, turgescence rouge ou violacée de la face, distorsion de la bouche, immobilité des pupilles, écume à la bouche. (Georget, Dictionnaire cité, article *Epilepsie.*) On l'a nommée *mal sacré*, *caduc*, *de Saint-Jean*, *haut-mal*, etc. Quelques auteurs ont donné le nom d'*éclampsie* à l'épilepsie qui se guérit spontanément à l'époque de la puberté.

Causes. Les enfans et les femmes en sont plus fréquemment affectés que les adultes, les hommes, et surtout les vieillards. Elle se manifeste quelquefois dès les premiers jours de la naissance ; elle est héréditaire. Il paraît qu'elle est plus fréquente dans les pays froids que dans les autres contrées. Quelques animaux, tels que le cheval, le bœuf, le chien, le cochon en offrent des exemples. La frayeur en est la cause la plus fréquente : il est remarquable que la plupart des épilepsies de naissance coïncident avec un mouvement de terreur éprouvé par la mère pendant la grossesse (Georget) ; il ne l'est pas moins que beaucoup de femmes étaient dans la période menstruelle lorsqu'elles ont éprouvé la frayeur qui les a rendues épileptiques (Georget). Après la frayeur, ce sont la colère, le chagrin, la

masturbation et les excès vénériens qui produisent le plus souvent cette névrose. Elle accompagne assez souvent l'idiotisme. Enfin, dans quelques cas, l'irritation cérébrale qui produit l'épilepsie a paru être sympathique d'une irritation éloignée de la peau, de l'estomac, de l'utérus, des reins, et surtout de l'irritation intestinale excitée par la présence des vers. On l'a vue aussi dépendre de la présence de tumeurs sur le trajet d'un nerf. Il est probable que ces tumeurs ne sont autre chose que les petits tubercules douloureux dont il sera question à l'occasion des névralgies anomales.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Les attaques d'épilepsie sont rarement annoncées par des symptômes précurseurs; cela arrive cependant quatre à cinq fois sur cent, suivant le docteur Georget. Ces phénomènes avant-coureurs sont presque toujours cérébraux, comme tristesse, mauvaise humeur, douleurs de tête, crampes, audition de bruits extraordinaires, vue d'objets lumineux, etc. Mais dans quelques cas, fort rares à ce qu'il paraît, l'épileptique éprouve dans une partie quelconque du corps, toujours la même pour chaque attaque, une sensation de froid, de chaud, de frisson, de chatouillement, d'engourdissement ou de douleur, et de ce point s'élève une vapeur (*aura epileptica*) qui se dirige vers le cerveau, en passant par l'estomac ou par le cœur. Dans tous les cas, précédée ou non de ces phénomènes, l'attaque est toujours subite. Le malade pousse un cri et tombe comme frappé de la foudre; sa figure s'injecte, se tuméfie et devient rouge, violette, et même noirâtre; sa bouche se couvre d'écume, tout son corps est convulsé, d'une raideur presque tétanique; les membres sont quelquefois contournés et comme tordus; enfin il est d'une insensibilité complète aux épreuves les plus douloureuses. Outre ces symptômes caractéristiques, on remarque, en examinant de plus près les malades, que les veines du cou sont gonflées, la tête inclinée sur un côté, en arrière ou sur la poitrine, les paupières fermées ou entr'ouverte, ou large-

ment écartées; le globe de l'œil fixe ou roulant dans l'orbite; les pupilles dilatées ou contractées, mais toujours immobiles; la bouche distordue; les mâchoires serrées, le thorax fixe et presque immobile, les inspirations courtes et difficiles, les battemens du cœur forts, accélérés, et quelquefois irréguliers; l'état convulsif plus prononcé d'un côté du corps que de l'autre (Georget), et les pouces fortement fléchis dans la paume de la main. Chez la plupart des malades, les mâchoires sont fortement frottées l'une contre l'autre, la langue est presque toujours un peu entamée par les dents, et alors l'écume de la bouche est sanguinolente; quelquefois elle est profondément coupée; dans quelques cas, les dents sont brisées par la violence des frottemens: souvent il y a sortie involontaire des matières fécales et des urines, et quelquefois du sperme.

Il est rare que l'attaque dure plus de cinq à six minutes; on l'a vue cependant se prolonger pendant une demi-heure, une heure, un jour et plus; mais alors il y a des instans de relâche, et l'attaque entière se compose d'une série de petites attaques successives, quelquefois jusqu'au nombre de plus de soixante. Aussitôt qu'elle cesse, les membres reprennent leur souplesse et leur direction naturelles, le visage pâlit, les malades tombent ordinairement dans un assoupissement profond, qu'accompagne un fort ronflement. Quelquefois ils sont pris d'un tremblement général; d'autres fois la peau se couvre d'une sueur abondante; quelques-uns éprouvent des nausées et des vomissemens; enfin tous recouvrent peu à peu l'usage de leurs sens, mais ils ne se rappellent rien de ce qui s'est passé, et leur figure exprime la honte et l'étonnement. La mort subite peut avoir lieu dans les longues attaques de plusieurs heures. Le retour des attaques est plus ou moins éloigné. Quelques épileptiques en ont plusieurs par jour, d'autres ne les éprouvent qu'une fois tous les jours, toutes les semaines, tous les mois, ou même toutes les années seulement. Il existe presque toujours

dans l'intervalle quelques désordres cérébraux plus ou moins marqués.

Toutes les attaques n'ont pas la violence de celle que nous venons de décrire; elles sont même quelquefois si légères qu'on les désigne sous le nom de *vertige épileptique*. Nous empruntons textuellement à M. Georget la description de cet état (1). « Le malade perd subitement connaissance, quelquefois en jetant un léger cri; il peut ne pas changer de position s'il est assis, et cependant il tombe à terre s'il est debout, à moins qu'il n'ait le temps de s'appuyer sur quelque chose; les yeux sont fixes, et on pourrait croire que le malade dirige son attention sur un objet; dans quelques cas il se manifeste des convulsions légères et partielles dans les muscles des yeux, des lèvres, d'un doigt, d'un membre, d'un côté du cou ou de la bouche; cette dernière est garnie, chez plusieurs malades, d'une bave écumeuse. Après quelques secondes, une ou deux minutes au plus, cet état cesse. Tantôt le malade recouvre alors immédiatement le plein exercice de ses facultés cérébrales, et continue, sans s'imaginer l'avoir interrompue, une conversation, une occupation quelconque; tantôt il conserve, pendant quelques minutes, un état d'hébétude, de demi-connaissance, et fait quelques actes déraisonnables; il se plaint ensuite de souffrir de la tête. Souvent le vertige ne consiste que dans une semi-perte de connaissance. »

L'épilepsie est toujours une maladie grave; on n'en obtient que rarement et difficilement la guérison; elle peut donner la mort dans une forte attaque : elle finit presque toujours par dégrader et anéantir l'intelligence et les mouvemens volontaires; elle abrège la vie, la rend à charge, et repousse de la société le malheureux qui en est atteint. M. le professeur Esquirol a remarqué que la démence était plus fréquemment la suite du vertige épileptique que de l'épilepsie proprement dite.

(1) *Dictionnaire cité*, article EPILEPSIE.

Caractères anatomiques. On ignore encore la nature de cette maladie. A l'ouverture des cadavres, on a trouvé des traces de congestion ou d'inflammation cérébrale, des inflammations chroniques de l'arachnoïde cérébrale ou rachidienne. M. Esquirol a rencontré plusieurs fois une grande quantité de petites plaques lenticulaires cartilagineuses ou osseuses, adhérentes à l'arachnoïde rachidienne. On a observé des tubercules, des cancers du cerveau, des fongus de la dure-mère, des exostoses, etc.; mais aucune de ces lésions n'est constante : on ne les voit même jamais dans les cadavres des épileptiques qui n'ont pas présenté de symptômes d'inflammation (Georget); enfin elles existent souvent sans l'épilepsie : on ne peut donc en tirer aucune conséquence touchant la nature de cette maladie. Toutefois, les recherches plus récentes de MM. Cazauvielh et Bouchet tendraient à faire croire que les traces de phlegmasie chonique de la *substance blanche* du cerveau sont constantes après l'épilepsie, ce qui justifie pleinement la place que nous avons assignée à cette névrose parmi celles du mouvement. Mais malgré les faits nombreux contenus dans le Mémoire plein d'intéret de ces deux médecins (1), et la discussion remplie de talent par laquelle ils cherchent à les éclairer, il reste toujours un doute, c'est de savoir si la phlegmasie chronique du cerveau n'est pas plutôt l'effet des congestions produites par les accès de l'épilepsie qu'elle n'en est la cause. Nous croyons que l'inflammation n'est que secondaire.

Traitement. Il y a peu de choses à faire pendant les attaques; tous les soins se bornent en général à contenir le malade pour empêcher qu'il ne se heurte et se blesse. Cependant, lorsque la congestion cérébrale est très-violente, et menace de devenir funeste, il faut se hâter de pratiquer une saignée générale : ce moyen a diminué, dans plusieurs cas, la longeur des attaques, et retardé le retour des suivantes; mais il est

(1) *Archives générales de Médecine*,

quelquefois resté sans aucun effet. L'efficacité de cette évacuation sanguine est surtout marquée dans les épilepsies précédées de prodromes, lorsqu'on peut la pratiquer avant l'attaque. Nous avons débarrassé un ancien militaire d'une épilepsie de ce genre, en le saignant avant l'invasion des attaques, qui ne se répétaient que tous les mois, et dont il était averti douze, quinze et même vingt-quatre heures à l'avance, par des maux de tête, une agitation extrême et des impatiences. Parmi les médicamens que l'on peut employer dans l'intervalle des attaques, pour en prévenir le retour, tous les auteurs vantent la valériane : elle paraît surtout être plus efficace lorsqu'on l'associe à l'oxide de zinc. Le musc, le camphre, la feuille d'oranger, l'opium, l'huile animale de Dippel, l'huile essentielle de thérébenthine, l'extrait de narcisse des prés, le quinquina, les cautères, le moxa, comptent tous des guérisons; mais on ignore les circonstances qui rendent tel de ces moyens plus efficace dans un cas que tel autre. Le quinquina seulement paraît indiqué lorsque les attaques sont régulièrement intermittentes. On a appliqué avec succès les moxas sur le point de départ de l'*aura*. Les auteurs citent des exemples de guérisons obtenues par l'expulsion de vers intestinaux, par les frictions mercurielles, la liqueur de Van-Swieten (Cullerier); par l'amputation du gros orteil, d'où partait l'*aura* (Tissot); par l'extraction d'un durillon situé dans le mollet (Tissot); par la cautérisation du nerf saphène à chaque jambe; par l'extirpation des testicules chez un jeune homme devenu épileptique à la suite d'un coup sur ces organes (J. Franck), et enfin par le nitrate d'argent. M. Esquirol a signalé les dangereux effets de ce dernier médicament sur la membrane muqueuse gastrique : il est aujourd'hui presque généralement abandonné.

Malgré les nombreuses difficultés que présente la guérison de l'épilepsie, nous croyons que, trop prévenus de l'idée de sa presque incurabilité, les médecins de nos jours ne s'occupent pas assez des malheureux qui en sont atteints. Si, dans l'inter-

valle des attaques, on employait avec persévérance tous les moyens connus de diminuer l'irritabilité du système nerveux, tels que bains froids, compresses humides et froides sur la tête, révulsifs non douloureux, exercice fatigant, régime asthénique, et au besoin les saignées générales et locales; si l'on écartait avec soin tout ce qui peut au contraire l'exalter, comme les émotions fortes, les veilles, en un mot les causes que nous avons dit pouvoir produire la maladie; si, en même temps, les voies digestives étant exemptes dirritation, on administrait à hautes doses quelques-uns des anti-spasmodiques connus, et en particulier la valériane; si, lorsque les attaques sont annoncées par quelques symptômes précurseurs, on essayait de les faire en quelque sorte avorter par l'emploi d'un perturbateur quelconque, mais rationnel; enfin si, pendant leur durée, et lorsqu'elles se prolongent assez pour qu'on ait le temps d'agir, on avait recours aux saignés locales ou générales et aux révulsifs, il est probable que les guérisons seraient plus nombreuses. Mais, pour que ces moyens fussent suivis de succès, il faudrait les employer dès le premier mois, ou tout au plus les premières années de la maladie; car lorsqu'elle est ancienne, invétérée, comme chez ces malheureux qui vont chercher un dernier refuge dans les hospices, toutes les ressources de l'art sont ordinairement impuissantes, et pourtant il faudrait encore tenter la guérison.

Du tétanos.

Le siége de l'irritation qui donne lieu aux symptômes du tétanos paraît être dans le cordon rachidien, et la nature de cette irritation est regardée par quelques auteurs comme inflammatoire. La première opinion, celle qui a rapport au siége, nous paraît presque incontestablement établie par la nature des symptômes et par les expériences de M. Magendie sur les effets de la strychnine. Ces faits démontrent également que la nature

de la maladie consiste bien dans une irritation, mais rien ne nous apprend si cette irritation est inflammatoire. On a bien trouvé, il est vrai, des traces d'inflammation sur l'arachnoïde rachidienne ou dans la substance même de la moelle, mais ces lésions sont loin d'être constantes, et de plus elles ont été fréquemment observées sans que des symptômes tétaniques aient existé pendant la vie : on ne peut donc en tirer aucune conséquence sur la nature de l'affection qui nous occupe. Nous la considérons donc, en attendant que de nouvelles recherches viennent dissiper toute obscurité, comme une irritation nerveuse de la substance médullaire du cordon rachidien, accompagnant tantôt l'inflammation de cette partie, et souvent existant sans elle. Cette affection est toujours aiguë et très-rarement intermittente.

Causes. Le tétanos attaque quelquefois les enfans nouveau-nés, surtout les jeunes négrillons dans les climats très-chauds : l'action du froid humide, alternant avec la chaleur brûlante, paraît en être la cause la plus fréquente dans ces cas. On croit que la rétention du méconium, un mauvais lait, des bouillies indigestes, peuvent, en irritant les voies digestives, déterminer sympathiquement l'irritation de la moelle et donner lieu au tétanos. Les douleurs d'une dentition difficile l'ont aussi produit quelquefois de la même manière. Chez les adultes, le froid humide est encore une des causes les plus puissantes de cette affection ; cela arrive surtout lorsque son impression est brusque et que le corps est en sueur, et principalement encore aux époques des plus grandes chaleurs ou dans les climats brûlans : à tous les âges, on l'a vue survenir à l'occasion de l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et même de la simple irritation produite par la présence des vers ou de corps étrangers. Les femmes, pendant un travail difficile pour accoucher, sont quelquefois prises de tétanos : il se peut, au reste, que l'on ait pris pour cette affection les convulsions dont elles sont fréquemment atteintes dans cette

circonstance (*Eclampsie*). Cependant M. le docteur Fournier-Pescay, que l'on ne peut pas supposer s'être mépris, dit avoir observé un exemple de tétanos produit par cette cause, et qui cessa par l'accouchement (1).

Mais c'est dans les cas de blessures que cette névrose a été le plus observée (*tétanos traumatique* des auteurs). Les plaies d'armes à feu surtout en offrent d'assez fréquens exemples, lorsque les parties molles sont écrasées et comme réduites en bouillie; lorsqu'un membre a été emporté par le projectile; lorsque des tendons, des aponévroses, et surtout des nerfs, ont été contus, dilacérés, incomplètement coupés; lorsque des esquilles aiguës ou tout autre corps étranger garni d'aspérités, piquent des filets nerveux ou même les parties musculaires, aponévrotiques; lorsqu'il existe un étranglement considérable, et que l'on n'a pas débridé les plaies; enfin dans le cas de fractures comminutives, avec dilacération des parties molles, et surtout intéressant les grandes articulations. Le tétanos peut survenir également à l'occasion de toutes les blessures non produites par des armes à feu, qui s'accompagnent des circonstances précédentes, et à la suite des grandes opérations. En Afrique, aux Antilles, il suffit souvent, pour le produire, d'une simple piqûre faite au pied d'un nègre, par une épine, un morceau de verre, un clou, etc. Toutes les blessures dont nous venons de parler font naître d'autant plus promptement le tétanos, que le malade est soumis aux influences atmosphériques précédemment indiquées. Ainsi, les blessés qui sont exposés à la pluie, ou qui couchent sur la terre humide, le contractent promptement. Pendant les deux années que l'un de nous a passées dans Barcelone, il a vu le tétanos sévir constamment sur les blessés d'une petite salle de l'hôpital des *Aterazanas*, exposée du côté de la mer, et se montrer à peine dans les autres salles beaucoup plus vastes. La tristesse, les excès de coït et de li-

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. LV, article Tétanos.

queurs alcooliques, contribuent aussi à le faire naître. Il en est de même des pansemens faits avec des substances irritantes. M. le docteur Treille a vu en Espagne cette maladie cesser de faire des ravages parmi les blessés confiés à ses soins, dès l'instant qu'il eut remplacé les pansemens à l'eau-de-vie camphrée, et autres excitans, par des pansemens à l'eau simple.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Il n'existe pas de symptômes que l'on puisse regarder comme précurseurs du tétanos; tous ceux que l'on a voulu donner comme tels sont sans aucune valeur, puisqu'ils se présentent au début de beaucoup d'autres affections : seulement on peut craindre cette terrible affection chez un blessé, lorsque sa blessure devient très-douloureuse, et quand surtout on le voit agité de quelques mouvemens nerveux, et frappé de terreur soudaine sur sa position. Ordinairement la contraction douloureuse et permanente des muscles, qui constitue le tétanos, débute par les masséters et les temporaux, lesquels se gonflent, durcissent, et tiennent fortement rapprochées les mâchoires l'une contre l'autre. D'abord ce n'est souvent qu'une légère constriction, une simple difficulté d'ouvrir la bouche; mais ce resserrement augmente plus ou moins rapidement, et bientôt les plus violens efforts seraient impuissans pour écarter les mâchoires. Le contact n'est cependant pas toujours immédiat entre ces parties; un léger intervalle, à travers lequel s'écoule une salive gluante, subsiste quelquefois. C'est toujours très-rapidement que la constriction arrive à son plus haut degré. Très-rapidement aussi la rigidité se communique aux autres muscles de la face, à ceux du cou, qui renversent la tête en arrière, en avant ou sur les côtés : elle gagne les muscles du dos et de l'abdomen; bientôt elle s'étend à ceux des membres, et le corps entier est dans un tel état de raideur, qu'il semble que toutes les articulations soient soudées. Souvent la chaleur de la peau n'est pas augmentée et le pouls n'a aucune fréquence, mais souvent aussi la peau est sèche, âcre et brû-

lante, et le pouls fréquent et dur. Cette différence tient probablement à ce que, dans le premier cas, les voies digestives sont exemptes d'irritation, et que, dans le second, elles sont enflammées. Dans l'un comme dans l'autre, la figure est animée ; elle présente un caractère de souffrance difficile à décrire, mais que l'on ne méconnaît plus quand on l'a une seule fois observé ; les yeux sont brillans et fixes, la pupille dilatée, les paupières invinciblement écartées ; une sueur abondante et visqueuse couvre le corps, la déglutition est difficile et quelquefois impossible, la respiration laborieuse, et le malade ne peut articuler aucun mot, ou ne le fait qu'avec une difficulté extrême : les souffrances paraissent être cruelles. M. le docteur Liébaut, qui a été atteint du tétanos, compare les douleurs qu'il a éprouvées à celles de la crampe (1). Il est bon de remarquer que les facultés intellectuelles sont le plus ordinairement exemptes de trouble. Dans le tétanos spontané il en est toujours ainsi; et lorsque dans le traumatique il existe du délire, l'irritation cérébrale, dont ce symptôme dépend, est provoquée par la blessure comme le tétanos lui-même.

Le tétanos reste quelquefois borné aux muscles de la face, et ne produit que le resserrement des mâchoires ; on le désigne alors par le nom de *trisme* ou *trismus*, et *mal de mâchoires* aux Antilles, où il est assez fréquent sur les enfans nouveau-nés ; il prend celui d'*opisthotonos*, lorsque la tête est rétractée sur la nuque, et que le tronc est fortement étendu en arrière (ce cas est le plus ordinaire) ; on le nomme *emprosthotonos*, lorsque le corps est courbé en avant, et le menton fortement appliqué sur la poitrine ; enfin on l'appelle *pleurosthotonos*, quand le tronc est courbé sur l'un ou l'autre côté.

Le tétanos est toujours une maladie très-grave ; il est presque constamment mortel lorsqu'il se manifeste à l'occasion d'une blessure (*Convulsio si superveniat vulneri, lethalis*.

(1) *Considérations générales sur le tétanos*, thèse nº 124, année 1816. Faculté de Paris.

Hippocrate). M. le docteur Blaquière rapporte dans sa thèse, un exemple de tétanos, dont la guérison a été spontanée (1). Celui qui survient spontanément offre plus de chances de guérison ; le trismus est le moins grave de tous. Au reste, cette névrose ne présente pas toujours le degré d'intensité sous lequel nous l'avons décrite, et alors elle est moins dangereuse. Quand la mort en est la suite, elle a ordinairement lieu vers le troisième ou quatrième jour, quelquefois au bout de vingt-quatre heures, presque jamais au-delà du septième ou huitième jour. Nous avons dit que le tétanos se montrait quelquefois intermittent; les exemples en sont extrêmement rares : M. Fournier-Pescay en rapporte deux, et en cite deux autres dans son article *Tétanos* déjà mentionné : ce sont probablement les seuls que l'art possède.

Caractères anatomiques. Cette maladie est encore une de celles sur lesquelles l'anatomie pathologique n'a pu jusqu'ici jeter aucun jour. Il paraît cependant que l'on a trouvé assez fréquemment sur les cadavres l'arachnoïde rachidienne enflammée ; de sorte que quelques médecins n'hésitent pas à regarder les symptômes du tétanos comme dépendans de cette inflammation. Mais l'arachnoïdite rachidienne a été observée sans symptômes de tétanos, et, réciproquement, le tétanos a été vu nombre de fois sans vestiges de cette phlegmasie; d'où nous croyons pouvoir conclure que le tétanos ne dépend pas de cette inflammation, et n'est autre chose qu'une névrose. On a trouvé quelquefois des traces d'inflammation ou des vers dans les voies digestives, le cerveau injecté, les poumons gorgés de sang. Un médecin dit avoir trouvé du sang épanché, encore fluide, entre la *dure-mère* et la *pie-mère* ; un autre parle de *constriction du cerveau*, etc. Quelles conséquences peut-on tirer de pareilles données ?

Traitement. On a tout tenté contre cette cruelle maladie ; la

(1) *Essai sur le tétanos traumatique*, thèse n° 61, année 1815. Faculté de Paris.

saignée, les bains tièdes, chauds, froids, de vapeur, les affusions froides, tous les antispasmodiques les plus énergiques, tels que assa-fœtida, musc, castoréum, camphre, valériane; les anthelmintiques, le quinquina, les sudorifiques et surtout l'ammoniaque, le carbonate de soude, les purgatifs drastiques, les frictions mercurielles et l'opium. Parmi ces agens, la saignée générale, les saignées capillaires, pratiquées le long de la colonne vertébrale, les bains tièdes ou chauds prolongés pendant dix, quinze et vingt heures, les affusions, l'ammoniaque, le carbonate de soude et l'opium, sont ceux qui comptent le plus de succès. L'ammoniaque se donne à la dose de dix ou douze gouttes dans de l'eau; on y revient rarement plus de deux fois : on l'emploie également en frictions, mêlé avec de l'huile. Le carbonate de potasse est administré à l'intérieur dans des lavemens, à la dose de quarante à cinquante grains, et à l'extérieur, en dissolution, dans laquelle on mouille des compresses que l'on applique ensuite sur les parties contractées. Quant à l'opium, on le prescrit toujours à de très-hautes doses, depuis six grains jusqu'à cent et cent vingt dans les vingt-quatre heures. Nous l'avons vu employer à de six fortes doses sans aucun avantage, que nous sommes disposés à le croire plus nuisible qu'utile. Lorsque, par l'effet du resserrement des mâchoires, on ne peut ingérer les médicamens aux malades, on introduit une sonde dans l'œsophage par les fosses nasales, ou en la faisant pénétrer entre la joue et la dernière dent molaire. On a également employé avec succès, dans quelques cas, des bains médicamenteux, composés de lessive de cendres ordinaires, avec addition d'une ou deux onces de potasse caustique. En même temps que l'on a recours à ces moyens, et même avant, il faut, dans le tétanos traumatique, débarrasser les blessures des esquilles ou des corps étrangers qui peuvent irriter, débrider les plaies étranglées, achever la section des nerfs qui ne sont qu'incomplètement coupés, calmer les douleurs trop vives par les topiques

narcotiques; et si la plaie est livide et cesse de suppurer, on prescrit de la panser avec un onguent fortement irritant, ou même de la couvrir d'un vésicatoire pour y rappeler l'irritation. Ce dernier conseil, aussi vaguement exprimé, peut être dangereux. Si c'est le tétanos qui a fait tarir la suppuration de la plaie, on tourmentera vainement celle-ci par des irritans, non-seulement on ne diminuera pas l'irritation rachidienne, mais on s'exposera à l'accroître. Ce n'est donc que dans le cas où la plaie se serait desséchée et aurait pris l'aspect livide avant l'invasion des accidens tétaniques, qu'il pourrait être utile de chercher à y rappeler la suppuration; et, à cet effet, on devra toujours préférer les excitans les moins douloureux.

Le musc a été conseillé par M. Fournier-Pescay et paraît être très-utile, mais il faut l'administrer à de très-hautes doses; le médecin que nous venons de citer en a donné jusqu'à deux gros par jour, en doses de dix à quinze grains.

On obtiendrait probablement plus de guérisons par la méthode antiphlogistique que par toute autre, si on l'employait avec moins de timidité dans cette redoutable maladie. Un cas remarquable de guérison, due évidemment à l'activité du traitement, a été publié par M. le docteur Pelletier, dans le *Journal complémentaire* (1). Six saignées de deux livres chacune ont été pratiquées par ce médecin, et le succès a couronné sa hardiesse. Nous n'hésiterions pas à imiter cette conduite en pareille circonstance. Dans les maladies presque constamment mortelles, on doit tout tenter, pourvu que cela soit rationnel. (*Ad extremos morbos summæ curationes, quoad rectitudinem sunt optimæ.* Hippocrate.)

(1) Tom. XII, pag. 1 et suivantes.

Névroses du sentiment.

De l'hypercousie.

M. Itard désigne ainsi l'exaltation de l'ouïe. Cette névrose, dit ce savant médecin, renferme un grand nombre de variétés, qui ont pour caractère commun une perception plus ou moins incommode et même douloureuse de certains sons, de certains bruits, particulièrement de ceux qui sont élevés et aigus (1). Très-souvent, ce phénomène n'est que le symptôme d'autres névroses, telles que l'hystérie; ou d'inflammations, comme l'érysipèle de la face, la névrilite de l'oreille, l'otite commençante, l'arachnoïde. S'il en était toujours ainsi, nous ne lui aurions pas consacré un article à part : mais il est quelquefois idiopathique. Cela est très-rare, puisque M. Itard n'en possède que deux exemples. Cette exaltation de l'ouïe existe tantôt avec perception confuse des sons, et tantôt avec perception seulement douloureuse. Dans le premier cas, une surdité incurable en est la suite. Le traitement doit se borner aux vapeurs d'éther, à l'instillation de l'huile de lis ou d'amandes douces, aux fumigations émollientes, et au tamponnement du conduit auditif, afin de diminuer l'impression du son ou du bruit sur le nef acoustique ou le cerveau. Il est douteux, en effet, si c'est ce nerf dont la sensibilité est exagérée, ou le cerveau. L'opium et les bains ont paru nuisibles dans l'un des deux cas rapportés par M. Itard.

On peut rapprocher de la maladie précédente celle que M. Itard décrit sous le nom de *dépravations de l'ouïe*, ou *paracousie*. Qu'est-ce autre chose en effet qu'une exaltation de l'ouïe, que ce *tintement* ou *bourdonnement d'oreille*, consistant dans l'audition de bruits qui n'existent pas, ou n'existent plus. Quant au tintement ou bourdonnement, produit par des

(1) *Ouvrage cité*, tom. II, pag. 4 et suivantes.

bruits existans dans l'oreille ou auprès de cet organe, comme par le battement d'artères dilatées ou toute autre cause, ce ne sont évidemment là que des symptômes, que l'on ne peut appeler ni exaltation, ni dépravation, ni asthénie de l'audition. Enfin, on ne peut même pas regarder comme des *dépravations* ou *perversions* de l'ouïe, mots vides de sens, ces états dans lesquels on perçoit avec une inégale netteté des sons qui ont à peu près la même intensité, ou dans lesquels ces mêmes sons font une impression discordante sur les deux oreilles. Ce sont encore des exaltations. En effet, dans les trois à quatre faits rapportés par M. Itard, la maladie dépend évidemment d'une inégale faculté d'audition dans les deux oreilles : or, cette inégalité ne saurait exister sans que la faculté soit augmentée dans une oreille ou abaissée dans l'autre. Ce n'est pas ce dernier effet qui a lieu, car on sait que l'ouïe peut diminuer graduellement, d'un seul côté, sans que le malade perçoive jamais ni des sons doubles, ni des sons discordans. Pour que l'audition soit ainsi troublée, il faut donc nécessairement que l'ouïe s'exalte d'un seul côté; il en résulte en effet qu'il y a audition de sons nouveaux, de sons auxquels l'oreille n'est point accoutumée, et par suite, discordance ou duplicité.

Le bourdonnement, celui qui consiste dans l'audition de bruits qui n'existent pas ou n'existent plus, le seul qui doive constituer une maladie, dépend probablement de l'irritabilité augmentée du nerf acoustique. M. Itard l'appelle *bourdonnement faux idiopathique*. Il est rare; on ne l'observe ordinairement « que chez les personnes dont l'ouïe très-délicate a été » ébranlée par une violente explosion, comme celle de l'artille- » rie, des armes à feu; ou fatiguée par un bruit uniforme » long-temps prolongé, tel que le font entendre une grande » chute d'eau, un torrent, le jeu d'une forte machine hydrau- » lique; ou bien lorsque ce bruit, sans être ni violent, ni con- » tinu, a été accompagné de circonstances qui en ont rendu

» l'impression extrêmement vive et profonde (1). » Il existe une seconde espèce de bourdonnement, nommé par M. Itard *faux symptomatique*, et que l'on observe à la suite des veilles prolongées, des travaux excessifs de cabinet, de chagrins, chez les hystériques, les hypochondriaques, etc.; mais ce bourdonnement est le symptôme d'une affection cérébrale, et n'est que le premier degré de ces illusions d'acoustique qui font croire aux malades qu'ils entendent des cris d'animaux, des voix humaines, de la musique, etc. Enfin, une troisième espèce de bourdonnement, que M. Itard appelle *vrai*, est produit par un état pléthorique, soit général, soit local, ou par la dilatation de quelque vaisseau artériel situé dans le voisinage de l'oreille, ou par un obstacle mécanique qui s'oppose à la libre circulation de l'air dans l'oreille, tant externe qu'interne. Il n'est donc encore qu'un symptôme.

Le bourdonnement idiopathique diffère de ces bourdonnemens symptomatiques, en ce qu'il est sujet à des rémissions et à des variations que ceux-ci ne présentent pas; qu'il n'est pas augmenté comme eux par la marche accélérée et par l'inclinaison du tronc vers la terre, et enfin qu'il disparaît souvent pendant la digestion. On le combat par les vaporisations d'éther dans le conduit auditif, les frictions sur la tête, les applications chaudes sur cette partie, de manière à en provoquer la transpiration, les antispasmodiques à l'intérieur, et lorsqu'il a été produit par l'impression trop vive d'un son violent ou trop prolongé, ou qui a été accompagné de circonstances terribles, on ne parvient à le guérir ou à le rendre moins pénible qu'en le couvrant par un bruit analogue et continuel.

Il est évident que les bourdonnemens, ou tout autre bruit symptomatique, ne peuvent être guéris que par la destruction de la cause dont ils dépendent. Sont-ils l'effet d'un état habituel de congestion sanguine vers la tête? on emploie les pédiluves irri-

(1) Itard, *ouvrage cité*, tom. II, pag. 13 et suivantes.

tans, les sangsues aux jambes, la saignée du pied, les émissions sanguines locales au cou ou derrière les oreilles, la saignée de la jugulaire, et les lotions ou les douches d'eau froide sur la tète si rien ne s'y oppose. Une pléthore générale chez un individu sanguin à l'époque de la puberté ou après la suppression d'une hémorrhagie habituelle en est-elle la cause? on a recours aux mêmes moyens, mais surtout à la saignée générale avec le plus grand succès. Dépendent-ils d'un embarras du conduit auditif ou de l'oreille interne? c'est cet embarras qu'il faut détruire. Enfin, s'ils sont produits par la dilatation de quelque vaisseau artériel hors de la portée des moyens chirurgicaux, tout traitement est inutile.

De la nyctalopie.

Cette névrose consiste dans la difficulté ou l'impossibilité de distinguer les objets pendant le jour ou à une grande lumière, avec faculté de les distinguer au contraire à la plus faible lueur ou même dans les ténèbres. On ignore quelle en est la cause, mais on suppose, avec quelque fondement peut-être, qu'elle dépend d'une exaltation de l'irritabilité de la rétine Elle accompagne souvent la conjonctivite et quelquefois les névroses cérébrales graves, mais elle n'est alors qu'un symptôme qui disparaît avec ces affections. Idiopathique, elle est toujours la suite d'un séjour trop prolongé dans un lieu à peine éclairé ou complètement obscur. L'œil, dans ces circonstances, acquiert la faculté de distinguer les plus petits objets dans l'obscurité, et lorsqu'ensuite il vient à être soumis à une vive lumière, il en ressent douloureusement l'impression; la pupille se contracte, la vision est impossible ou confuse; et si cet état se perpétue, il y a nyctalopie. Pour rémédier à cette névrose, il faut habituer peu à peu l'œil à une lumière progressivement plus intense; on peut avoir recours en même temps à l'application de narcotiques et de stupéfians sur le globe de l'œil et les paupières. Lorsqu'il n'existe qu'une simple augmentation habituelle de l'irri-

tabilité de la rétine, qui la rend trop impressionnable aux rayons lumineux un peu vifs, sans faculté de voir dans les ténèbres, le malade doit faire usage de verres colorés, principalement en vert, pour un seul œil ou pour tous les deux, suivant que l'affection est simple ou double.

Doit-on considérer comme dépendant de l'irritation de la rétine, ou de la *perversion* de sa sensibilité, ainsi que le supposent quelques auteurs, ces illusions d'optique, que depuis Maître-Jan l'on nomme des *imaginations*, et qui consistent dans la vision d'objets bizarres, lumineux, de taches, etc., ou dans le tournoiement apparent de tous les corps environnans? Telle n'est pas notre opinion. De tels symptômes nous paraissent devoir dépendre presque toujours de l'exitation du cerveau. Ce qui le prouve, c'est qu'ils s'observent dans la plupart des névroses cérébrales, dans le délire et dans la folie, et presque jamais isolés. Certaines erreurs d'optique, comme la vision de taches ou de corps voltigeant dans l'air, peuvent cependant dépendre de quelque changement physique dans les diverses parties que traversent les rayons lumineux, mais ce ne sont encore que des symptômes, et si l'on veut les ériger en maladies, il faut en faire autant des mille et une formes du délire. Pour guérir ces légères affections, on doit donc attaquer les causes dont elles dépendent.

Du priapisme.

On nomme ainsi l'érection forte et douloureuse du membre viril, avec sentiment d'ardeur brûlante, et rarement accompagnée de désirs vénériens. Cette névrose a-t-elle son siége dans les plexus ou les nerfs spermatiques, ou les branches nerveuses génito-crurales, ou dans tous ces nerfs à la fois? C'est ce que l'on ignore complètement.

Causes. Les hommes à tempérament sanguin, à idiosyncrasie hépatique, ceux qui ont des formes athlétiques et une voix de basse-taille, y paraissent plus sujets que les autres individus. L'u-

sage d'alimens très-excitans et des boissons alcooliques prédisposent à la contracter. On voit quelquefois le priapisme être l'effet d'un excès de continence ou d'un coït excessif chez les individus très-robustes; mais ces deux causes produisent plus fréquemment le *satyriasis*. Il peut être aussi produit par la malpropreté, le contact immédiat et le frottement sur les parties génitales de vêtemens de flanelle, des attouchemens répétés, les uréthrites fréquentes, les pollutions nocturnes, l'irritation de l'urèthre produite par des sondes ou des bougies; les phlegmasies chroniques de la peau, surtout celles qui ont leur siége sur les parties génitales elles-mêmes; la flagellation, une température très-élevée; mais sa cause la plus ordinaire et la plus puissante est l'ingestion ou l'absorption des cantharides. Les danses voluptueuses, etc., concourent à sa production (1).

Symptômes et *marche*. Le priapisme commence ordinairement par une simple érection douloureuse qui survient pendant la nuit, et se dissipe si le malade se lève ou fait quelques lotions d'eau froide. Par l'accroissement progressif de cette névrose, et quelquefois dès le début, l'érection et la douleur persistent malgré la promenade à l'air frais et les lotions froides répétées, et le malade ne peut jouir du sommeil que vers le matin, lorsqu'il est accablé par la fatigue. Il y a quelquefois possibilité de satisfaire l'appétit vénérien lorsqu'il existe, ainsi que cela s'observe assez souvent après l'ingestion des aphrodisiaques, mais non pas sans douleur et sans épuisement, comme on assure que cela a lieu dans le satyriasis. Quand l'érection est très-douloureuse, souvent il se manifeste de la céphalalgie, de la soif, de l'agitation, de l'anxiété, quelquefois du délire. Ce délire n'est pas ordinairement érotique, comme dans le satyriasis; c'est le délire que provoque toute irritation intense communiquée au cerveau par sympathie. Les lombes et l'hypogastre sont douloureux, l'émission de l'urine est difficile ou même impossible, ou bien ce

(1) Louyer-Villermay, *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XLV, article Priapisme.

liquide est rouge, sanguinolent, boueux; dans quelques cas, le malade ne rend que du sang pur. Ces derniers accidens n'ont lieu ordinairement que lorsque le priapisme est l'effet des cantharides et qu'une cystite l'accompagne. Enfin, dans le plus haut degré d'intensité, l'irritation se propage au pénis, au périnée, à la vessie et au rectum; toutes ces parties se gonflent, s'enflamment, et quelques-unes, surtout la verge, se gangrènent. Nous avons vu, en traitant de la cérébellite, que le priapisme en était le symptôme fréquent et peut-être pathognomonique. M. Louyer-Villermay dit que cette névrose guérit quelquefois spontanément par une abondante évacuation de sperme, et il cite en preuve l'exemple du curé des environs de la Réole, rapporté par Buffon (1), que d'autres écrivains regardent comme un exemple de satyriasis.

Traitement. On combat le priapisme par un régime lacté, féculent et exclusivement végétal, les boissons acidules, froides et même glacées en été; les émulsions, le petit-lait, le nymphæa, l'orgeat, etc.; les bains froids, généraux ou locaux, les lavemens mucilagineux presque froids, les compresses d'oxicrat autour du bassin. Une saignée de bras est quelquefois nécessaire chez les individus sanguins; et lorsque l'irritation locale est extrême, on ne doit pas hésiter à appliquer des sangsues au périnée. Lorsque le priapisme a été produit par les cantharides, les moyens sont encore les mêmes; mais les boissons doivent être très-abondantes, et l'on peut essayer les préparations opiacées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ces préparations augmentent souvent le priapisme; il vaut donc mieux s'en abstenir dans les autres circonstances. Quelques grains de camphre procurent souvent du soulagement. Le priapisme qui suit les excès vénériens ou la masturbation, réclame, avec ces moyens, un régime succulent. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'il faut toujours éloigner les causes et diriger toute son attention et ses soins

(1) *Dictionnaire et article cités.*

vers la maladie principale, lorsque le priapisme est symptomatique. Un jeune officier de marine, auquel nous avions vainement conseillé l'emploi de la plupart de ces moyens contre un priapisme avec éjaculation abondante, qui se reproduisait toutes les nuits, et qui l'avait plongé dans un état d'épuisement général et d'excitation nerveuse considérable, se débarrassa complètement et en peu de jours de cette maladie par la compression. L'idée, nous a-t-il assuré ne lui avait pas été suggérée. Tous les soirs, avant de se coucher, il plaçait autour de la verge une ceinture portant une boucle à l'une de ses extrémités; il la serrait à un degré convenable, et faisait ensuite plusieurs circulaires avec l'extrémité libre. Il comprimait en outre la racine de la verge avec une petite pince en bois, de son invention, dont il pouvait écarter les branches à volonté, à l'aide d'une petite vis, lorsque le gonflement de la verge lui en faisait sentir la nécessité.

Du satyriasis.

Le satyriasis diffère, dit-on, du priapisme en ce que l'érection n'est pas douloureuse, qu'elle est accompagnée de désirs immodérés et de délire érotique. On ne verra peut-être dans cette différence que deux degrés d'une même maladie; mais il est probable qu'il y a différence de siége; que le priapisme a le sien principalement, et pour ainsi dire exclusivement, dans les parties génitales elles-mêmes ou les nerfs qui y portent la sensilité, et que le satyriasis est une névrose du cervelet réagissant sur les parties génitales.

Causes. La continence, chez les hommes doués d'une imagination ardente et d'une robuste constitution, les excès vénériens, la lecture d'ouvrages obscènes, les conversations érotiques fréquemment renouvelées, surtout si les désirs vénériens qu'elles font naître ne sont pas satisfaits, la vue des danses voluptueuses, etc., sont les causes ordinaires du satyriasis. Les auteurs rangent, en outre, dans ce nombre, toutes celles que

nous avons assignées au priapisme, de même qu'ils admettent les causes que nous venons d'énumérer, parmi celles de cette dernière affection, et tous apportent des faits à l'appui de cette étiologie commune aux deux névroses. On serait tenté d'en conclure que l'on a jusqu'à présent décrit la même affection sous deux noms différens, si des différences assez marquées dans les symptômes n'écartaient cette conséquence.

Symptômes et *marche*. Au début, ce ne sont ordinairement que des érections fréquentes qui surviennent sans cause ou à la première vue d'une femme. Ce n'est pas encore là un état morbide; mais, peu à peu, les érections sont plus fréquentes et plus prolongées, les idées s'exaltent, le malade éprouve des désirs de plus en plus violens; son imagination en est troublée; il est continuellement obsédé par des images voluptueuses et érotiques; elles le poursuivent jusque dans son sommeil, qu'interrompent de fréquentes pollutions. Bientôt les désirs vénériens deviennent irrésistibles, la face rougit et s'anime, les yeux étincellent, et sortent, pour ainsi dire, des orbites; une bave abondante et écumeuse s'échappe de la bouche; tout le corps exhale une odeur analogue à celle du bouc; la soif est dévorante, et le malade cherche à assouvir sa *rage amoureuse*, même sur la femme la plus dégoûtante. Quelquefois le délire, toujours érotique, est doux et tranquille. De temps en temps la raison reprend son empire, et le malheureux *satyre*, honteux de ses excès, se dérobe à tous les regards. Si, dans son délire, il a une femme à sa disposition, s'il est marié, par exemple, il répète le coït un si grand nombre de fois, et avec une telle fureur, que les parties génitales s'enflamment et sont quelquefois frappées de gangrène. Une mort prompte en est alors la suite. Heureusement cette terminaison est rare; la guérison est plus ordinaire.

Traitement. Le traitement de cette névrose est à peu près le même que celui du priapisme. Cependant, s'il était démontré que le satyriasis est plutôt une névrose du cervelet que des par-

ties génitales, on devrait diriger les saignées locales, les ventouses, et même les topiques narcotiques à la nuque, de préférence aux organes de la génération. Du reste, les boissons, les bains, les lavemens, etc., doivent être employés de la même manière. On peut aussi pratiquer une ou deux saignées générales chez les individus pléthoriques. Enfin, lorsque l'ingestion des cantharides a causé tout le désordre, il faut débarrasser les voies digestives de la présence de ce poison, par des boissons abondantes et laxatives, et remédier ensuite à l'inflammation qu'il peut avoir développée dans ces parties. (Voy. *Gastrite*.)

De l'hystérie.

Qu'est-ce que l'hystérie? quel en est le siége? quelle en est la nature? Malgré les savantes discussions auxquelles ces questions ont donné lieu, elles ne nous paraissent pas encore résolues de manière à dissiper tous les doutes. Peut-être a-t-on décrit plusieurs affections différentes sous cette seule dénomination. Plusieurs médecins pensent, avec M. Louyer-Villermay (1), que cette affection a son siége dans l'uterus, et consiste dans une névrose de cet organe; d'autres croient, avec M. Georget (2), qu'elle a son siége exclusif dans le cerveau, dont elle est un mode d'irritation. Une opinion mixte, formée, de la combinaison des deux précédentes, et qui consiste à regarder l'hystérie comme une irritation simultanée de l'utérus et de l'encéphale, a été émise tout récemment par M. Boisseau (3). Enfin, plusieurs considérations physiologiques et quelques faits, tendraient à faire croire que le point de départ de tous les phénomènes hystériques existe dans les ovaires et le cerveau simul-

(1) *Traité des maladies nerveuses ou vaporeuses*, etc.

(2) *Physiologie du système nerveux, spécialement du cerveau; Recherches sur les maladies nerveuses en général*, etc., 1821, in-8°, tom. II.

(3) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom, IX, article HYSTÉRIE.

tanément irrités. C'est à l'anatomie pathologique à dissiper tous les doutes, et à nous éclairer sur le vrai siége et la nature de l'affection qui nous occupe. En attendant, nous la considérerons comme une irritation des nerfs du système utérin et du cerveau, sans affirmer que tels soient en effet son double siége et sa nature, et donnant seulement cette opinion comme la plus probable.

Causes. Elles agissent ou sur l'utérus exclusivement, ou sur le cerveau seul, ou sur ces deux organes à la fois. Les premières sont, une grande irritabilité de l'utérus, une phlegmasie chronique de cet organe, les désordres de la menstruation, une trop grande continence, les excès vénériens, l'onanisme, et les aphrodisiaques. On range parmi les secondes, une imagination ardente, la frayeur, et toutes les affections tristes; et parmi les dernières, les désirs amoureux violens et non satisfaits, les lectures obscènes, un amour contrarié, la jalousie. C'est dans les grands hôpitaux surtout, et sur des observations en masse, qu'on peut assigner à chacune de ces causes sa part d'influence dans la production de l'hystérie. Par exemple, il serait sans doute avantageux de rechercher s'il y a d'anciennes filles publiques parmi les hystériques de la Salpêtrière, et dans quelle proportion on les y compte, et, s'il n'y en a pas, s'enquérir des mœurs de ces malades avant leur entrée à l'hospice. On s'attache beaucoup à savoir si elles ont éprouvé des affections morales tristes; on a raison sans doute : mais combien ne doit-il pas paraître difficile de mesurer le degré d'importance qu'on peut attacher à cette ordre de causes, quand on sait que presque tous les hommes, et surtout les femmes, ont éprouvé, s'il faut les en croire, de *grands chagrins*, souvent même de *grands malheurs*, et que tous se complaisent à en exagérer l'expression, tandis qu'ils cachent avec soin les excès vénériens auxquels ils se sont livrés? N'est-il pas aussi dangereux de ne faire attention qu'à ce premier ordre de causes que de n'en tenir aucun compte?

Une constitution délicate, comme une constitution athlétique, semblent également prédisposer à l'hystérie, lorsqu'elles sont unies à une grande sensibilité générale, et surtout à une vive irritabilité de l'utérus. Cette maladie est plus fréquente à l'époque de la puberté que dans l'âge adulte ; elle se montre de nouveau vers l'âge critique. Lorsqu'elle est développée chez un individu, il suffit souvent de la cause la plus légère pour en provoquer les accès. Tout ce qui agit sur le cerveau ou l'utérus est dans ce cas ; les odeurs pénétrantes, l'abus des lotions tièdes, et par-dessus tout les contrariétés de toute espèce, sont les plus ordinaires de ces causes. Enfin, on voit aussi quelquefois les accès se renouveler sous l'influence de la chaleur, de l'insolation, du froid trop vif, et de toutes les stimulations un peu vives des voies digestives ; mais qui ne sait qu'il en est de même de toutes les maladies, et que le froid, le chaud, un spiritueux, etc., réveillent la toux et les douleurs articulaires, chez les *phthisiques* et les *goutteux*.

Symptômes et *marche*. L'invasion de l'hystérie est ordinairement subite ; elle prend par accès qui se déclarent presque toujours pendant le jour, à des époques irrégulières, et quelquefois périodiques, et qui durent depuis quelques minutes jusqu'à une ou plusieurs heures. Voici la description d'un de ces accès, d'après M. Louyer-Villermay (1) : impression sourde et mouvement obscur vers la matrice, sentiment d'une boule ou d'un globe qui, de l'hypogastre, s'élève par oscillations, au travers de l'abdomen et du thorax, jusqu'au cou, où il survient une constriction violente, un étranglement qui fait craindre à quelques malades la suffocation ; souvent il s'y joint un froid glacial ou une chaleur vive ; l'abdomen est en même temps déprimé, tendu ; les malades accusent le sentiment d'un cercle qui comprimerait les fausses côtes. Il existe ordinairement une douleur locale très-circonscrite, nommée *clou hystérique*, qui

(1) *Ouvrage cité.*

fait éprouver, tantôt la douleur d'une aspérité qu'on enfoncerait dans les chairs, d'autres fois un tiraillement très-incommode. Le ventre se gonfle momentanément, ainsi que la poitrine et le cou ; le visage rougit et pâlit alternativement ; les extrémités se refroidissent par suite des anomalies de la chaleur. Le pouls devient petit et irrégulier, tandis que les battemens sont grands et forts vers la tête ; les palpitations du cœur sont parfois précipitées et tumultueuses ; dans d'autres cas elles sont peu sensibles. Des mouvemens convulsifs ne tardent pas à se manifester dans les membres thoraciques et abdominaux, et y ramènent la chaleur ; mais presque toujours le sang afflue de la circonférence au centre ; souvent on observe un resserrement tétanique des mâchoires. M. Boisseau (*article cité*) a observé, outre ces symptômes, un mouvement continuel d'élévation et d'abaissement du pharynx, accompagné d'un mouvement analogue, mais moins marqué, de la mâchoire inférieure.

Plaçons à côté de cette description celle du docteur Georget. Lorsque les attaques viennent par le seul état morbide du cerveau, dit ce médecin, et sans être provoquées par une cause excitante qui les détermine alors sur-le-champ, elles sont toujours, ou du moins à très-peu d'exceptions près, précédées de quelques symptômes, tels que l'augmentation ou le retour de la céphalalgie, une agitation de l'esprit, et surtout l'agitation et les inquiétudes musculaires, des contractions spasmodiques légères, des crampes, de la gêne au larynx, quelquefois des rires involontaires, tellement continus et durables que la respiration en est horriblement gênée, et fait craindre la suffocation ; d'autres fois des pleurs abondans, une tristesse et un abattement moral extrêmes ; tantôt des pleurs et des ris alternatifs. Après un laps de temps plus ou moins long, la céphalalgie devient insupportable ; les malades l'expriment avec énergie, en disant, les unes, qu'on leur comprime la tête avec une enclume ; les autres, qu'on la leur brise à grands coups de

marteau : celles-ci ; que leur cervelle est en ébullition, en contact avec de l'huile bouillante ; celles-là, qu'elles entendent des sifflemens horribles, des détonations. Cette douleur occupe le plus souvent la partie supérieure de la tête, plus rarement elle existe antérieurement ou postérieurement. Aussitôt la malade tombe, tout le système musculaire entre en convulsions, l'usage de tous les sens et de l'entendement est suspendu ; elle pousse des cris aigus ou un cri particulier fort singulier, qui ressemble beaucoup au hurlement des loups : la plupart des jeunes filles appellent en criant leur mère. Tout entière à sa douleur, la malade entend tout, et ne répond à rien. En même temps les mâchoires sont serrées, il y a des claquemens ou des grincemens de dents, les yeux sont fermés, la face est animée, rouge, injectée, vultueuse ; un sentiment de constriction, de strangulation existe au larynx ; la poitrine elle-même est serrée, comprimée, et la suffocation paraît imminente ; le diaphragme est immobile, et produit le sentiment d'une barre à la base du thorax, ou bien il s'abaisse et s'élève convulsivement ; l'abdomen est rétracté, aplati, ou le siége de contractions ondulatoires ; des secousses ont lieu dans la région dorsale, qui se courbe en arrière et se redresse alternativement ; la tête est tenue fixe et portée fortement en arrière ; les membres se raidissent et se relâchent tour à tour, et si les malades ne sont retenues, elles se contondent, se frappent, se déchirent, s'arrachent les cheveux. L'accès se termine, ou par des ris immodérés, ou par des larmes abondantes, et quelquefois sans aucun de ces phénomènes. La céphalalgie persiste, elle est seulement diminuée ; la tête est chaude, brûlante, très-sensible au toucher ; la malade se plaint d'une lassitude dans tout le système musculaire, et d'avoir les membres brisés, moulus. Les dents sont douloureuses, agacées, quelquefois brisées. Dans certains cas, il reste des paralysies d'un sens, de la voix, de quelques parties musculaires, de la vessie : un jour ce sera l'une, le jour suivant ce sera une autre de ces parties

qui présentera ce phénomène. Quelques malades ont de l'écume à la bouche pendant les accès, d'autres sont dans un véritable état cataleptique, quelques unes dans un état de somnambulisme; enfin, chez les malades sujettes à l'hématémèse, cette hémorrhagie survient pendant les attaques (1).

On trouve sans doute de nombreux traits de ressemblance dans ces deux descriptions : mais les différences y sont bien plus nombreuses encore, et l'on est tenté de se demander si les excellens observateurs auxquels nous les empruntons, ont bien décrit la même maladie. Cependant, malgré ces dissemblances dans les deux tableaux, nous n'hésitons pas à affirmer qu'ils peignent la même affection, mais observée dans des degrés et des circonstances différens. Expliquons-nous. M. Georget a fait toutes ses observations à la Salpêtrière. La majeure partie des hystériques de cet hospice sont des femmes qui n'y entrent qu'après avoir traîné leur maladie pendant plusieurs années, et vainement employé toutes les ressources de l'art (1), et lorsque, par la violence qu'elle a graduellement acquise, elle ne leur permet plus de subvenir à leur existence, ou les rend à charge à leurs parens. Leur cerveau, long-temps tourmenté par la souffrance de l'utérus, par les chagrins que traîne la misère à sa suite, et déjà naturellement trop irritable et irrité, puisque nous avons vu que c'était là une cause prédisposante et une condition nécessaire de l'hystérie; leur cerveau, disons-nous, a fini par devenir l'organe le plus malade : dans quelques cas même, il est peut-être resté le seul affecté; mais il a conservé en partie le mode d'expression de sa souffrance, qu'il devait, au début, à l'influence exercée sur lui par l'utérus malade, et l'*hystérie*, ou plutôt l'*hystéro-céphalite*, est ainsi devenue une affection purement cérébrale. Ce sont donc de tels faits que M. Georget a observés et décrits. M. Louyer-Villermay, au contraire, a puisé presque tous les siens dans la pra-

(1) Georget, *ouvrage cité*, tom. II, pag. 267 et suivantes.
(2) Georget, *ouvrage cité*, tom II, pag. 291.

tique civile. Il a dû voir souvent l'hystérie à ses premières attaques, à l'époque par conséquent où l'utérus est le principal mobile de tous les désordres, où le cerveau n'est que faiblement irrité, parce qu'il a peu souffert encore; et ce sont ces attaques dont il nous a donné la description que nous avons copiée. Voilà donc à quoi tiennent les différences que l'on remarque dans les deux groupes de symptômes tracés par ces deux savans observateurs. En veut-on d'ailleurs une preuve convaincante? Que l'on compare avec la description de M. Georget les accès hystériques au second et au troisième degré décrits par M. Villermay, on trouvera, dans les attaques du second degré: la perte ordinairement incomplète des sens et de l'entendement, un état de demi-syncope, le resserrement de l'abdomen, les palpitations, le gonflement de la poitrine, du cou et de la face, la coloration ou la pâleur de celle-ci, le serrement des mâchoires, l'écume à la bouche, la constriction du larynx et de la poitrine, l'imminence de la suffocation, les mouvemens convulsifs des membres, la courbure alternative en avant et en arrière de la colonne vertébrale, les efforts de la malade pour se frapper, se déchirer, se mordre; le *clou hystérique* se faisant sentir quelquefois d'une manière insupportable à la tête, les pleurs et les ris involontaires, et enfin quelques-uns des phénomènes du somnambulisme, tous symptômes que nous avons vus être mentionnés par M. Georget comme ceux des attaques ordinaires. Enfin, on verra les accès hystériques du troisième degré, être caractérisés par l'agitation la plus intense, les convulsions violentes, suivies d'une espèce d'apoplexie pendant laquelle les fonctions de la respiration et de la circulation paraissent suspendues; en un mot, d'un état de mort apparente qui a fait commettre de funestes méprises; symptômes dont M. Georget ne nie pas l'existence, mais qu'il n'a pas eu occasion d'observer.

Durée, terminaisons et *pronostic*. Comme dans toutes les maladies nerveuses qui reviennent par attaques, la durée de

l'hystérie n'a rien de fixe, elle peut ne se composer que d'un petit nombre d'attaques, ou bien durer toute la vie; elle guérit quelquefois spontanément, surtout à l'époque de la cessation des règles, ou par l'effet d'une vive impression morale, ou bien elle cède aux moyens dirigés contre elle; mais très-souvent elle s'aggrave, et se termine par des désordres plus graves du cerveau ou de l'utérus, par l'inflammation de l'un de ces organes, et surtout du premier. On la guérit d'autant plus difficilement que les accès sont plus forts, plus fréquens, et reviennent plus régulièrement, et *vice versâ*. On a remarqué que l'hystérie produite par la frayeur présentait moins de chances de guérison que celle qui est le résultat du chagrin et de toutes les autres causes.

Traitement. Il se partage en traitement préservatif, traitement des accès, et traitement de la maladie. Le premier est applicable à toutes les femmes dont les passions sont vives, qui ont l'imagination ardente, le système nerveux et l'utérus très-irritables. Il consiste dans les précautions suivantes: recommander des exercices musculaires, des occupations mécaniques et des études sérieuses; faire éviter la lecture des romans, la fréquentation des concerts, des spectacles, des bals et des sociétés nombreuses; ne permettre le coucher que lorsque le sommeil approche, et ordonner le lever ausssitôt le réveil, pour empêcher la jeune fille de s'abandonner aux rêves de l'imagination et à l'onanisme; prescrire l'usage d'alimens non stimulans, et de l'eau pure ou presque pure, et l'abstinence du thé, du café et des liqueurs spiritueuses; employer les bains de pied et ceux de baignoire presque froids; quelques antispasmodiques, tels que l'éther, l'eau de fleurs d'oranger, l'infusion de tilleul, un verre de lait d'amandes en se couchant, etc.; enfin, conseiller le mariage, si tel paraît être le désir ardent, ou plutôt le besoin de la malade. Le traitement des accès se réduit en général à un petit nombre de moyens simples: placer la malade sur un lit, la tête élevée; écarter

tous les liens qui pourraient apporter quelque obstacle à la respiration et à la circulation, comme lacets et jarretières; contenir l'hystérique, afin d'empêcher qu'elle ne se blesse; donner un libre accès à l'air, faire respirer de l'éther, en donner quelques gouttes dans de l'eau sucrée, et y joindre de l'eau de fleurs d'oranger; frictionner l'abdomen, et principalement l'hypogastre; et enfin, si l'accès se prolonge, rubéfier les pieds par un pédiluve chaud et sinapisé, ou par des cataplasmes de moutarde. Il peut être utile, dans les attaques accompagnées de violente congestion cérébrale et de coma, de pratiquer une saignée du bras. Enfin le traitement de la maladie, celui qui a pour but de prévenir le retour des accès, consiste, d'une part, dans l'observance des mêmes précautions que nous avons indiquées dans le traitement préservatif, et de l'autre, dans l'emploi de tous les moyens qui peuvent diminuer l'irritabilité de l'utérus et du cerveau. Ces moyens sont, les saignées locales, derrière les oreilles et à la vulve ou à la partie supérieure des cuisses; les saignées générales chez les sujets pléthoriques, l'application des topiques froids sur la tête, les bains iède st prolongés, les bains froids, et surtout celui par immersion, les bains de siége, narcotiques et émolliens, et les fumigations de même nature dirigées vers l'utérus. Mais lorsqu'après avoir persévéré pendant quelque temps dans l'emploi de ces moyens, on s'aperçoit qu'ils sont à peu près sans effet, il faut leur associer les antispasmodiques, éther, musc, assa-fœtida, succin, camphre, valériane, jusquiame, belladone, acide hydro-cyanique, oxide de zinc, etc., en surveillant leur action sur les voies digestives, pour les suspendre aussitôt qu'ils irritent cette partie. Enfin, quand la maladie est arrivée à ce point, que tous les remèdes que nous venons d'indiquer soulagent à peine pendant quelques instans, mieux vaut en cesser tout-à-fait l'usage, que de tourmenter l'estomac sans cesse, et l'on doit se borner aux soins d'hygiène et de régime précédemment énumérés.

De la nymphomanie.

On appelle *nymphomanie*, *utéromanie*, *andromanie*, etc., le désir violent et insatiable du coït chez la femme, porté à tel degré qu'il trouble la raison, fait oublier tout sentiment de pudeur, et constitue une véritable folie. La plupart des auteurs s'accordent à en placer le siége dans l'encéphale et l'utérus, et les plus modernes, dans le cervelet exclusivement. A l'ouverture des cadavres, quelques médecins ont en effet trouvé ce dernier organe enflammé ; mais d'autres ont rencontré des traces de phlegmasie dans les ovaires et l'utérus. Que conclure de là ? Que les auteurs ont confondu sous une même dénomination plusieurs affections différentes, ou bien que la nymphomanie consiste dans l'irritation simultanée des organes de la génération et de l'encéphale, ou bien enfin que, comme dans l'hystérie, l'affection des parties génitales a l'initiative, et que celle du cervelet ou du cerveau est consécutive. Qui dissipera toutes ces obscurités ? Faisons remarquer en passant aux détracteurs de l'anatomie pathologique, que toutes les maladies dont l'histoire est obscure, sont celles précisément que cette belle science n'a pas encore assez éclairées de son flambeau. On dispute peu sur la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, etc., tandis que l'on trouverait à peine deux médecins d'accord sur la plupart des névroses que nous étudions dans cette classe.

Causes. On a observé la fureur de l'onanisme sur des petites filles de trois ans, et la nymphomanie chez des femmes de soixante-dix et quatre-vingt; celle-ci est plus fréquente depuis la puberté jusqu'à l'âge de retour, et principalement à ces deux époques. La plupart des femmes qui en sont atteintes sont irritables ; elles ont les muscles bien prononcés et à peine entourés de graisse ; elles sont brunes, abondamment fournies de poils ; leurs yeux sont noirs, grands et vifs ; elles ont les hanches larges, arrondies, et les membres abdo-

minaux très-développés, etc. Les phlegmasies chroniques de la peau, surtout les dartres situées autour de l'anus ou du vagin, la présence d'ascarides dans le rectum ou le vagin, peuvent la provoquer, mais elle se développe principalement par l'influence des causes que nous avons vues produire le priapisme et le satyriasis; telles sont, la continence, un amour contrarié, les attouchemens fréquens, les lectures érotiques, les aphrodisiaques, etc., etc.

Symptômes et *marche*. L'invasion de la nymphomanie est rarement subite; elle est ordinairement précédée par des désirs vifs, mais sur lesquels la raison conserve encore tout son empire; la femme est triste, rêveuse, son regard est tour à tour languissant ou animé; elle se trouble et rougit sans cause apparente en la présence et surtout à la voix de la plupart des hommes; son imagination s'exalte, son langage devient vif et animé; elle recherche la solitude, et s'y livre souvent à la masturbation. Bientôt il se manifeste de la pesanteur dans les lombes, des chaleurs dans l'abdomen et les seins, du prurit dans les parties génitales, et presque toujours il s'y joint un écoulement par la vulve, variable en quantité et en nature. Successivement le mal s'aggrave par la non satisfaction des désirs; la femme se repaît de lectures obscènes; elle provoque les conversations voluptueuses; elle n'a plus que des idées lascives; à la vue d'un homme, ses yeux étincellent, sa figure s'anime et se couvre de rougeur, sa respiration est précipitée; et soupirs, langage, regards, attitudes, tout en elle respire la volupté et provoque aux assauts amoureux. C'est principalement aux époques de la menstruation que les symptômes s'aggravent ainsi. Enfin, la raison s'égare; pour satisfaire sa passion délirante, la nymphomane provoque le premier homme qu'elle rencontre; adresse, ruse, prières, supplications, menaces et violence, elle emploie tout pour obtenir ses caresses. En même temps une soif brûlante la dévore, la bouche est sèche et chaude, l'haleine fétide, les lèvres se couvrent d'écume. Quelquefois

elle grince des dents, cherche à mordre, éprouve un sentiment de strangulation et l'horreur des liquides. L'état de folie devient continu, et alors la femme se livre aux actes désordonnés qui accompagnent ordinairement cet état (voyez *Folie*), mais son délire roule toujours sur les plaisirs vénériens. Chez plusieurs femmes, le clitoris augmente beaucoup de volume, les grandes lèvres et le vagin se gonflent, et parfois s'excorient, et il se fait par ces parties un écoulement plus ou moins épais et souvent fétide. Les malades périssent dans le marasme, ou dans une exacerbation violente et subite de la maladie. M. Louyer-Villermay, qui a eu de fréquentes occasions d'observer cette névrose, l'a vue très-rarement avoir cette dernière terminaison.

Traitement. Tant que la nymphomanie n'est qu'au premier degré, il est possible de la guérir par l'accomplissement des désirs vénériens; les auteurs en rapportent de nombreux exemples. On cite même plusieurs cas de guérisons obtenues de la sorte, lorsque la maladie était déjà arrivée au point de troubler la raison. On devra donc conseiller le mariage chaque fois qu'il sera possible; mais, en général, quand la maladie est un peu ancienne, les plaisirs de l'amour n'apportent aucune amélioration. Il faut alors avoir recours aux agens hygiéniques et pharmaceutiques; ce sont même souvent les seuls moyens qu'il soit possible d'employer. Ils consistent dans les infusions de fleurs ou feuilles de nénuphar, d'oseille, de laitue, de mauve, de violettes; les semences émulsives, les eaux distillées de nénuphar, de laitue, de concombre, de pourpier, de laurier-cerise; l'orgeat, les sirops acides. Autant que possible, ces boissons doivent être administrées froides et même glacées. On peut joindre à ces moyens quelques-uns des narcotiques et des antispasmodiques que nous avons indiqués dans le traitement général de l'irritation, et précédemment en traitant de l'hystérie; mais les saignées de pied, du bras, les applications de sangsues à la vulve et derrière les oreilles; les bains tièdes ou frais, les lavemens froids et émolliens narcotiques, un régime végétal et

lacté avec privation absolue des plus légers stimulans, sont encore les plus efficaces, comme ils sont les plus rationnels. Au reste, il est bon d'observer que la nature de cette affection n'étant pas connue, son traitement doit se ressentir de cette incertitude.

De la rage.

On appelle *rage*, une maladie dont la nature n'est encore que soupçonnée, ayant pour caractères principaux l'horreur des liquides et souvent même celle des corps polis et brillans, avec sentiment d'ardeur et de constriction à la gorge, et quelquefois l'envie de mordre. L'horreur de l'eau, qui la caractérise spécialement, lui a fait donner aussi le nom d'*hydrophobie*.

Causes et caractères anatomiques. Les causes de la rage sont peu nombreuses. L'impression subite d'un air glacial, lorsque le corps est en sueur, l'insolation, la terreur, et surtout la colère, la produisent quelquefois, mais presque toujours elle se développe à la suite de la morsure d'un animal enragé. Dans quelques cas extrêmement rares, on l'a vue survenir sans cause appréciable. On nomme *rage spontanée* celle qui naît sous l'influence du premier ordre de causes, et *rage communiquée* celle qui suit la morsure d'un animal enragé.

On a beaucoup agité la question de savoir s'il existe un virus lyssique. Quelques médecins nient son existence et prétendent, les uns que la rage est l'effet de la terreur qu'inspire la morsure d'un animal suspect, et les autres qu'elle dépend de l'irritation des nerfs de la partie mordue. Mais on oppose à la première de ces hypothèses des faits qui attestent que des individus sont devenus hydrophobes quoi qu'ils fussent restés dans la plus grande sécurité après leur blessure, tandis que d'autres, mordus par le même animal et dévorés d'inquiétude, n'ont cependant pas été atteints de cette funeste maladie. On fait observer ensuite que les animaux et les enfans au berceau, mordus par un chien enragé, deviennent hydrophobes, quoique bien certainement exempts de tout sentiment de terreur. Ces objec-

tions nous paraissent sans réplique. Quant à la seconde supposition, elle ne nous semble pas plus fondée, et ne résiste pas davantage à l'épreuve des faits. Si la nature de la plaie et l'irritation des nerfs étaient les causes du développement de l'hydrophobie, celle-ci ne devrait pas se manifester lorsque la morsure est superficielle, et n'a fait, pour ainsi dire, qu'effleurer la peau : or, non seulement la rage se développe dans ces cas de morsures légères, mais encore elles sont les plus dangereuses. En second lieu, il ne devrait pas exister de différence, pour le danger, entre une morsure faite à travers des vêtemens et une morsure faite à nu, et des faits nombreux apprennent que la première est infiniment moins grave que la seconde. Enfin les morsures les plus profondes comme les plus légères, faites par des chiens non enragés, ne communiquent pas la rage : il y a donc autre chose que la nature de la plaie et l'irritation des nerfs de la partie, dans la production de cette maladie (1). Cette autre chose est-elle un *virus?* Nous n'en doutons aucunement, et nous pensons que la bave d'un animal enragé, inoculée à un autre animal, communique la rage à celui-ci, de la même manière que les liquides contenus dans les pustules de la petite-vérole et du vaccin communiquent ces affections. Mais nous ne croyons pas, avec la plupart des auteurs, que ce soit la salive qui acquière la propriété contagieuse. Cette propriété réside, selon nous, dans le liquide que renferment les pustules qui se développent à la face inférieure de la langue, et selon que la salive est ou n'est pas imprégnée de ce liquide, il y a ou il n'y a pas contagion. Comme le virus vaccin, le virus lyssique n'a besoin que d'être inséré sous l'épiderme pour produire son action ; une plaie considérable et qui saigne beaucoup peut en empêcher les effets, parce qu'il peut être entraîné par le sang. Comme le virus vaccin, le virus lyssique a une période d'incubation ; comme lui, il se développe spontanément chez cer-

(1) *Monographie sur la rage*, par A. F. C. de Saint-Martin, docteur en médecine, etc., 1826, in-8o.

tains animaux ; comme lui, il trouve des individus réfractaires à son action ; comme lui, il est visible, palpable, etc., etc. : on ne peut donc pas nier davantage son existence que celle du vaccin ; enfin, toutes les difficultés relatives à l'étiologie de la rage trouvent une solution facile par l'opinion que nous proposons.

L'existence du virus lyssique étant prouvée, il reste à examiner son mode d'action sur l'économie. Agit-il autrement qu'en enflammant les tissus ? le petit nombre de recherches bien faites d'anatomie pathologique que l'on possède sur la rage tendent toutes à démontrer que tel est son mode d'action. En effet, toutes les altérations de tissu que l'on a trouvées sur les cadavres des hydrophobes sont des traces d'inflammation. Ainsi on a vu l'arachnoïde et la pie-mère encéphaliques et rachidiennes, rouges et fortement injectées ; la substance du cerveau et de la moelle épinière ramollie ou laissant suinter de nombreuses gouttelettes de sang à la section ; les plexus choroïdes des ventricules latéraux gorgés de sang ; de la sérosité parfois sanguinolente dans les ventricules ; les nerfs pneumo-gastriques et trisplanchniques d'un rouge vif dans une partie de leur étendue ; la membrane muqueuse du pharynx fortement enflammée et couverte de mucosité, celle des voies aériennes, depuis la trachée jusque dans les principales ramifications des bronches, ou le parenchyme du poumon, enflammée et baignée d'une mucosité écumeuse (1), et enfin la membrane muqueuse gastro-intestinale également frappée d'inflammation dans une plus ou moins grande étendue. Presque toujours on trouve plusieurs de ces phlegmasies réunies chez le même individu ; celles du système nerveux cérébro-rachidien sont presque constantes. Cependant, comme il est des cas où l'on ne trouve aucune trace de phelgmasie dans aucun organe, il faut en conclure que l'inflammation lorsqu'elle existe n'est que se-

(1) Trolliet, *Nouveau traité de la rage*, et *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XLVII, article RAGE, par MM. Villermé et Trolliet.

condaire et subordonnée à la névrose qui constitue essentiellement la maladie. Quel est le siége principal de cette névrose? Si l'on en juge par les symptômes, il est probable qu'il réside dans la moelle allongée, le cordon rachidien, et le pharynx.

Symptômes et *marche*. Lorsqu'un individu a été mordu par un chien enragé, la plaie n'offre rien de particulier, et se cicatrise comme si elle eût été faite par un animal sain. Mais après trente ou quarante jours ordinairement, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, une douleur se fait sentir dans la cicatrice, qui se gonfle, devient rouge et livide, et s'ouvre même quelquefois. Dans ce dernier cas, elle laisse écouler de la sérosité roussâtre et ses bords se renversent. Il n'est pas rare de voir les symptômes de la rage se déclarer sans que les plaies aient présenté la plus légère douleur ni le moindre changement. L'intervalle qui sépare l'époque de la morsure de celle de l'irritation de la cicatrice ou du développement des symptômes hydrophobiques, a reçu des auteurs le nom de *période d'incubation*.

En même temps que la cicatrice devient ainsi douloureuse, des symptômes d'irritation de l'encéphale, de l'estomac et du cœur se manifestent. La tête est lourde, douloureuse et serrée à la région des tempes, le sommeil est banni ou troublé par des rèves; les sens et l'intelligence s'exaltent, le visage est plus animé, l'appétit se perd et le pouls prend un peu de vivacité et d'élévation; le souvenir de la morsure et l'idée de la rage viennent épouvanter les malades; l'inquiétude et la tristesse s'en emparent, ils sont taciturnes, irascibles; ils recherchent la solitude et la fuient aussitôt; leurs réponses sont brusques et laconiques, la fatigue les accable, le sommeil fuit leurs paupières, l'œil d'abord brillant devient dur et hagard, le visage est sombre et porte l'empreinte de l'effroi; des frisonnemens, des soubresauts et de légers et rapides mouvemens convulsifs se déclarent; il survient des nausées et des vomissemens, et la soif s'allume. Tel est la *première période* des auteurs.

C'est à partir de ce moment que les symptômes hydropho-

biques commencent. A la vue des liquides, par la simple agitation de l'air, ou par l'effet d'une vive lumière, les malades sont pris d'un frisonnement involontaire; ils veulent cependant étancher la soif qui les dévore; mais à peine le liquide, dont la seule vue les fait frisonner, a-t-il touché les lèvres, qu'ils repoussent le vase avec horreur. Alors on voit de malheureux hydrophobes prendre une résolution forte, saisir la coupe fatale avec une sorte de fureur, la porter rapidement à la bouche, et, nouveaux Tantales, ne pouvoir effleurer du bout des lèvres le liquide tant désiré. Aussitôt, et même avant le contact, ils rejettent le vase par un mouvement convulsif; leurs yeux deviennent brillans et hagards, une constriction forte leur serre la gorge; ils étouffent, et les muscles de la face, de la poitrine et des membres, sont agités par de violentes convulsions. Ces accès ne durent d'abord que quelques secondes; mais ils se prolongent de plus en plus et se renouvellent bientôt, non-seulement à la vue des boissons, mais encore par le seul bruit de la chute de l'eau, par la vue de tous les corps polis et transparens, par les sons aigus, la lumière intense et les douleurs vives. Souvent les malades poussent des cris, frissonnent et se plaignent que l'air va les étouffer, aussitôt qu'on y produit un léger ébranlement, soit en ouvrant une porte ou une fenêtre, soit en approchant de leur lit. Quelquefois il y a des momens de relâche pendant lesquels l'hydrophobe peut étancher sa soif; mais au bout de quelques heures tous les phénomènes morbides se raniment, et les convulsions sont alors plus violentes et de plus longue durée. Cette série de symptômes constitue ce que les auteurs appellent *seconde période* de la rage.

Bientôt tous les symptômes précédens s'aggravent rapidement; le pouls est fort, le visage rouge et animé, et les yeux enflammés et étincelans dans l'intervalle des accès. Pendant leur durée, le pouls est faible et serré, l'état convulsif, général; les yeux sont égarés, menaçans, fixes, ou continuellement agités; une bave écumeuse couvre la bouche, le malade la repousse, et la

crache même quelquefois au visage des personnes qui l'entourent; sa figure exprime à la fois la crainte et la fureur; il délire, grince des dents, et quelquefois il cherche à mordre, et pousse des cris affreux et des hurlemens. Souvent il éprouve une douleur très-vive le long du rachis, et un priapisme violent avec ou sans éjaculation. Dans les instans de rémission, l'hydrophobe déplore son état, il témoigne avec une profonde sensibilité sa vive reconnaissance pour les soins qu'on lui prodigue, et demande pardon de ses fureurs. Mais bientôt, sentant les approches d'une nouvelle attaque, il avertit ceux qui l'entourent de son désir de mordre; et les invite à l'attacher, puis à se retirer. Enfin le pouls devient faible, petit, inégal, intermittent, insensible; la respiration est de plus en plus difficile, les vomissemens sont presque continuels; il survient du hoquet; une sueur froide et visqueuse couvre le corps, et le malade succombe au milieu des convulsions ou dans un moment de calme.

Les symptômes que nous venons de tracer ne se présentent pas tous réunis, ni dans le même ordre, ni avec la même intensité chez tous les hydrophobes: le seul constant, c'est l'horreur des liquides; et quelques malades parviennent à le surmonter. Le délire est rare, et l'on conçoit combien la conservation de l'intelligence doit rendre la situation du malade plus horrible. Quant à leur marche, elle est très-variable. Ainsi ils peuvent se déclarer quelques heures ou quelques jours après la morsure; cela arrive surtout lorsque le malade est en proie à un vif sentiment de terreur. On les a vus ne se déclarer que plusieurs mois et même plusieurs années après l'accident: presque toujours alors, c'est le souvenir du danger que l'on a couru qui fait naître la maladie. Lorsque la rage n'a pas été communiquée, son invasion est presque toujours brusque; il n'y a ni période d'incubation, ni symptômes de la première période.

Durée, terminaisons et pronostic. La durée de la rage est

rarement de plus de cinq jours. La mort a lieu quelquefois dans les vingt-quatre heures, mais le plus ordinairement elle survient au troisième jour. On lit dans les auteurs (Andry, Lister, Van-Swieten) des exemples d'hydrophobie intermittente; mais ces faits sont excessivement rares: elle est presque constamment mortelle; il n'existe qu'un petit nombre d'exemples de guérison.

Traitement. Aussitôt que l'on est appelé auprès d'une personne qui vient d'être mordue par un animal enragé, il faut en toute hâte cautériser les plaies, dans le but de détruire localement le virus avant qu'il soit absorbé. La plupart des auteurs conseillent cependant, avant de procéder à la cautérisation, de provoquer la sortie du virus par des lotions abondantes, faites avec de l'eau froide ou tiède, simple ou salée, vinaigrée, savonneuse, tenant de la potasse en dissolution, etc., précédées, si les plaies sont profondes, par des incisions qui mettent à découvert tout le trajet de la dent, et immédiatement suivies de l'application d'une ventouse sur chaque morsure. Ces moyens sont certainement très-utiles; mais il faut perdre le moins de temps possible dans leur emploi, afin de ne pas apporter de retard dans la cautérisation. On pratique celle-ci, soit avec le feu, soit avec les caustiques, tels que les acides minéraux concentrés, la pierre à cautère, la lessive des savonniers, le fluate de potasse, le nitrate d'argent fondu, le deutoxyde de mercure, l'ammoniaque liquide, le deuto-chlorure d'antimoine. Quand les plaies sont peu profondes, qu'elles ne sont pas placées sur des vaisseaux considérables ou de gros troncs nerveux, et que le malade veut y consentir, le cautère actuel est toujours à préférer. Pour l'appliquer avec succès, le fer doit avoir une forme telle qu'il puisse pénétrer aisément jusqu'au fond de la plaie; il doit être rougi à blanc; il ne faut pas hésiter à le porter plusieurs fois de suite, si l'on craint que quelque partie contagiée n'ait échappé à son action; et, à cet effet, on doit en avoir plusieurs tout prêts. Les auteurs recommandent de le faire agir

jusqu'à ce que la plaie soit bien desséchée, et que l'eschare s'étende à une ligne de ses limites dans tous les sens. On a recours au contraire aux caustiques, lorsque les plaies sont profondes ou sinueuses, ou placées sur le crâne, sur les mains, autour des articulations, sur le trajet de grosses artères et de nerfs volumineux, et enfin lorsque les malades redoutent l'application du feu. C'est le deuto-chlorure d'antimoine que l'on emploie ordinairement. On en imbibe un tampon de charpie bien serré, que l'on introduit dans la plaie, préalablement abstergée et desséchée; on l'entoure d'autres bourdonnets de charpie sèche pour préserver les parties voisines, et on maintient le tout par un emplâtre agglunatif ou un bandage convenable (1). Lorsqu'on se sert d'un caustique solide, on en place un morceau plus ou moins volumineux dans la plaie, et on le maintient comme il vient d'être dit. Dans le cas où une artère est à nu au fond de la plaie, il faut la préserver avec soin de l'action du caustique, en la recouvrant de charpie imbibée d'eau froide : on peut cependant, si elle n'est pas complètement dénudée, la saupoudrer de cantharides en poudre fine, afin d'y exciter de l'inflammation et de la suppuration. Plusieurs médecins, avant d'appliquer le feu ou le caustique, enlèvent avec le bistouri les parties mordues. N'est-ce pas multiplier un peu trop les opérations, sans augmenter peut-être les chances de guérison? Il est vrai que, pour prévenir une maladie aussi grave, on n'est jamais coupable d'accumuler les précautions. Mais l'excision, ou plutôt l'amputation, sont généralement conseillées lorsqu'un ou deux doigts, le bout de l'oreille, du nez, etc., ont été mordus : il faut, sans hésiter, retrancher ces parties; c'est le plus sûr moyen d'empêcher la propagation du virus. Si même l'avant-bras ou le bras, une jambe ou la cuisse, étaient considérablement dilacérés, on devrait en pratiquer l'amputation sur-le-champ.

(1) *Méthode de traiter les morsures des animaux enragés et de la vipère*, par MM. Enaux et Chaussier. Dijon, 1785.

Au bout de six heures, ordinairement, on lève le premier appareil, on examine les plaies, et on réapplique les caustiques ou le feu, si on le juge convenable ; sinon, on recouvre l'eschare d'un vésicatoire plus large qu'elle (Enaux et Chaussier), et, dans les pansemens subséquens, on excite la suppuration par des onguens irritans. Nous répétons ce conseil d'après les auteurs ; mais nous doutons qu'il y ait le moindre avantage à faire ainsi suppurer les plaies.

Nous avons dit que tous ces moyens, pour être préservatifs, devaient être employés dès les premiers instans de la morsure, tous les médecins sont d'accord sur ce point ; mais quelques-uns pensent que tant que la rage n'est pas déclarée, il ne faut pas perdre l'espérance de la prévenir, et qu'on doit cautériser à toutes les époques de la maladie. Nous ignorons jusqu'à quel point cette opinion est fondée. Quoi qu'il en soit, c'est à peu près aux seuls moyens que nous venons d'exposer, que se réduit le traitement préservatif de la rage ; ce sont les seuls du moins que l'on regarde généralement comme efficaces. On en a conseillé et vanté un très-grand nombre d'autres, dont voici les principaux : saignées, bains de mer, frictions mercurielles, ammoniaque liquide à l'extérieur, lotions avec la dissolution de chlore, poudre d'*anagallis arvensis*, belladone; antispasmodiques de toutes espèces, émétiques, purgatifs, boissons acidules, etc., etc. On compte plus de trois cents médicamens qui ont été vantés contre cette affection. Mais, disent MM. Enaux et Chaussier, tous les remèdes internes, vantés comme des spécifiques, et donnés aveuglément pour détruire ou chasser un reste de venin, sont au moins inutiles, et ne méritent aucune confiance.

On commence à concevoir l'espérance de pouvoir prévenir le développement de la rage par des moyens beaucoup plus sûrs que tous ceux que nous avons précédemment exposés. Il résulte d'observations faites de temps immémorial, en Russie

et en Grèce, et vérifiées par les docteurs Salvatori (1) et Marochetti (2), et par d'autres médecins en Allemagne et en France, que, chez presque tous les individus qui ont été mordus par un animal enragé, il se développe, ainsi que nous l'avons déjà dit, auprès du frein de la langue, du troisième au neuvième jour ordinairement, après la morsure, des pustules blanchâtres qui s'ouvrent spontanément vers le treizième jour. Dès l'instant qu'un individu a été mordu, il faut examiner sa langue tous les jours pendant six semaines, et aussitôt que les pustules paraissent, les ouvrir et les cautériser promptement, et faire gargariser le malade avec de l'eau salée ou avec une décoction de genêt. Tout malade soumis à ce traitement est infailliblement préservé. Si l'on tarde vingt-quatre heures à pratiquer cette petite opération, le virus est absorbé, et le malade succombe. Lorsque pendant les six semaines, on n'a pas vu paraître de pustules, il n'y a rien à craindre. M. Marochetti conseille de faire boire tous les jours aux malades une livre et demie de décoction de genêt, ou de leur en donner quatre gros en poudre dans la journée. La cautérisation des boutons est sans doute le point important de ce traitement, et la tisane est à peu près indifférente. Faisons des vœux pour que ces faits se confirment bientôt, et que l'humanité cesse de redouter la plus horrible des maladies.

Lorsque enfin les symptômes de la rage se sont déclarés, que la maladie ait été communiquée ou qu'elle se soit développée spontanément, elle est presque toujours mortelle.

Les auteurs conseillent alors une foule de moyens, tels que la racine de plantain d'eau, le vinaigre, le musc, le castoréum, l'assa-fœtida, le camphre, l'ammoniaque liquide, l'immersion dans l'eau froide, les aspersions de même nature, la morsure de la vipère, la saignée, etc.; mais, parmi ces moyens, le seul qui paraisse mériter quelque confiance, celui

(1) *Journal universel des sciences médicales*, tom. XV, pag. 373.
(2) *Idem*, tom. XXIV, pag. 115.

qui a procuré le plus grand nombre de guérisons, c'est la saignée. Boerhaave, qui regardait la rage comme une maladie inflammatoire, conseille de saigner jusqu'à défaillance. En lisant les observations d'hydrophobie publiées par les auteurs, on remarque que les malades qui ont été saignés ont presque toujours pu boire immédiatement après l'émission sanguine ; il est donc permis de croire que l'on obtiendrait un plus grand nombre de cures, si l'on revenait à ce moyen chaque fois que les symptômes paraîtraient reprendre leur intensité première. Quelques faits même viennent à l'appui de cette opinion, et nous agirions ainsi si nous avions à traiter des hydrophobes. Il serait peut-être avantageux de recourir en même temps aux saignées locales pratiquées à la fois derrière les oreilles, au cou, à l'épigastre, en un mot, auprès de tous les foyers de l'irritation. Nous nous demandons toutefois, si la présence probable du virus sur les parties qu'il a irritées ne rendrait pas inutiles, dans beaucoup de cas, les saignées les plus abondantes. Ne serait-ce pas à cette cause qu'il faudrait attribuer l'insuccès de cette médication dans plusieurs circonstances, autant qu'à la trop grande timidité des médecins dans son emploi ?

M. Magendie pense que l'injection de l'eau dans les veines serait très-avantageuse. Nous croyons avoir fait avorter une hydrophobie commençante en provoquant des sueurs excessives.

De la névralgie.

Nous avons décrit sous le nom de névrite l'inflammation des nerfs, et nous avons cherché à établir alors les caractères qui la distinguent de la névrose des mêmes parties ; il nous reste maintenant à tracer l'histoire de cette dernière. Névrose très-douloureuse dès cordons nerveux, sa place naturelle est bien, parmi les névroses du système nerveux, au nombre de celles du sentiment. C'est cette affection que le savant et vénérable professeur Chaussier a si bien décrite, dans une de ses tables sy-

noptiques, sous le nom de *névralgie*. Elle prend différentes épithètes suivant le cordon nerveux qu'elle affecte : elle y présente aussi quelques symptômes particuliers, mais les causes et le traitement n'offrant que des différences légères, nous n'avons pas cru devoir consacrer un article séparé à chacune des espèces que l'on a admises. La névralgie est le plus ordinairement aiguë, presque toujours intermittente; on l'observe quelquefois sous forme chronique.

Causes. Elles sont souvent très-obscures, et beaucoup de névralgies surviennent sans que l'on sache à quelles causes les attribuer. Les enfans en sont rarement affectés, et les femmes ne paraissent pas y être plus exposées que les hommes. Cependant la plupart des individus sur lesquels on l'observe sont secs, maigres et nerveux. Le froid, surtout humide, en est souvent la cause évidente; c'est même la plus commune de toutes. C'est ainsi qu'on la voit naître, sous l'influence d'un courant d'air vif, agissant sur une partie circonscrite, et surtout lorsque le reste du corps est échauffé; par l'effet des vêtemens mouillés, d'une pluie abondante à laquelle on reste exposé dans une saison froide; par l'immersion prolongée et habituelle d'une partie du corps dans l'eau; par le contact d'un sol humide sur lequel on est forcé de se livrer au sommeil, et par toutes les vicissitudes atmosphériques. Elle est quelquefois la suite de la contusion d'un nerf, ou de sa piqûre, après la saignée, par exemple, et principalement de sa dilacération ou de sa section incomplète. On l'observe après quelques plaies d'armes à feu qui ont intéressé un tronc nerveux, ou lorsque des esquilles sont restées dans la blessure et irritent le nerf par leur présence. Mais toutes ces dernières causes produisent bien plus fréquemment l'inflammation des cordons nerveux que leur névrose. Enfin, de même que toutes les autres irritations, elle succède quelquefois à la disparition d'une phlegmasie, et principalement de celles des articulations, ou à la suppression d'une hémorrhagie ou d'une sécrétion habituelle.

Symptômes. La névralgie affecte le plus communément des nerfs superficiels : cela dépend-il de ce que ces nerfs sont plus exposés à l'action des causes ? il est naturel de le penser. Quoi qu'il en soit, voici les symptômes communs à toutes les névralgies : une douleur vive très-aiguë, dont l'invasion est presque toujours subite, se manifeste dans une partie ; elle est ordinairement lancinante ou brûlante, quelquefois l'une et l'autre à la fois ; il semble, dit le malade, que ce soient des aiguilles rougies au feu qui lui traversent le lieu affecté ; parfois elle s'accompagne d'une sensation de torpeur ou de fourmillement, plus rarement de pulsations, de pincemens ou de picotemens. Mais un caractère qui ne permet pas d'en méconnaître le siége, c'est qu'à partir du point où elle débute, elle se propage tout le long du trajet du nerf sans se faire sentir dans les autres parties ; elle en suit les ramifications, et les dessine, pour ainsi dire, en traits de feu. Dans quelques cas, assez rares, elle part des ramifications, et remonte au tronc principal. Quand elle est lancinante, les élancemens et l'irradiation sont presque toujours rapides comme l'étincelle électrique. Un second caractère, mais qui n'est pas aussi constant que le précédent, consiste dans l'agitation, le spasme, les convulsions ou les contractions invonlontaires de tous les muscles auxquels le nerf enflammé se distribue. Presque toujours aussi des urines claires et limpides sont rendues immédiatement après l'accès. Rarement la douleur est accompagnée de rougeur, de tuméfaction et d'augmentation de température de la peau ; et lorsque, par hasard, quelques-uns de ces phénomènes existent, ils sont toujours très-peu marqués. L'invasion, avons-nous dit, en est presque toujours subite et imprévue ; quelquefois cependant un frisson général ou une sensation locale de froid, ou bien encore des douleurs épigastriques, la précèdent : elle disparaît ordinairement tout à coup. Enfin elle revient à des intervalles plus ou moins éloignés, irréguliers dans le plus grand nombre des cas, mais quelquefois périodi-

ques. Il suffit souvent de la cause la plus légère pour en renouveler les accès ; le mouvement de la partie, une affection morale un peu vive, un excès d'alimens ou de boissons spiritueuses, la rappellent.

Si les accès de névralgie sont fréquens, s'ils sont intenses, et si l'on n'y porte bientôt remède, les organes intérieurs, et principalement le cœur et les voies digestives, ne tardent pas à prendre part au désordre ; le pouls s'accélère, l'appétit diminue et finit par disparaître ; la soif s'allume, les digestions deviennent de plus en plus difficiles, des vomissemens ou la diarrhée se déclarent, la peau est sèche et chaude, et l'amaigrissement fait des progrès rapides. En même temps, la partie qui est le siége des douleurs s'atrophie, les muscles, qui n'éprouvaient de convulsions que pendant les accès, sont continuellement agités par des mouvemens désordonnés ; enfin le malade, privé de sommeil par la violence des douleurs, impatient, irrascible à l'excès, fatigué de la vie, épuisé par ses souffrances et par l'irritation chronique des voies gastriques, succombe dans un état d'émaciation extrême.

Tels sont les symptômes communs à toutes les névralgies. Ces névroses se terminent rarement d'une manière aussi funeste que nous venons de le dire ; ordinairement l'art en obtient la guérison, ou bien elle a lieu spontanément, ou enfin les douleurs sont tolérables, les accès éloignés, et la vie du malade n'en est point compromise. La guérison spontanée s'opère quelquefois par une hémorrhagie, une éruption cutanée ou le retour d'une phlegmasie articulaire qui avait disparu ; mais très-souvent la névralgie cesse de se reproduire sans que l'on aperçoive la cause de sa disparition : en général sa durée est très-longue.

Névralgie faciale. C'est celle qui a son siége dans le nerf facial : elle a été désignée par différents noms ; mais elle est le plus généralement connue sous celui de *tic douloureux*. On la divise en *frontale*, *sous-orbitaire* et *maxillaire*. La première

(*névralgie frontale*, *orbito-frontale*, *ophthalmodynie*) est la névralgie de la branche orbito-frontale du nerf tri-facial. Dans cette névrose, la douleur commence ordinairement au trou sourcillier, d'où elle se propage au front, à la paupière supérieure, au sourcil, à la caroncule lacrymale, à l'angle interne des paupières, et quelquefois à tout le côté de la face par les anastomoses. Pendant l'accès, la paupière est ordinairement fermée et l'œil douloureux, les artères environnantes battent avec force, et parfois quelques larmes âcres et brûlantes coulent sur la joue. Quelquefois l'œil rougit, et souvent la fosse nasale correspondante est sèche et irritée. Cette névralgie est une des plus fréquentes. La seconde (*névralgie sous orbitaire*, *prosopalgie*, etc.), occupe la branche sous-maxilliaire du nerf tri-facial. Son invasion est quelquefois lente et précédée par du chatouillement, de la démangeaison, du fourmillement, et quelquefois une congestion sanguine vers la partie; dans quelques cas, ce sont des douleurs épigastriques ou de la gêne dans la respiration qui ouvrent la scène. le plus ordinairement elle débute brusquement; la douleur part du trou sous-orbitaire, et se propage vers la paupière inférieure, l'apophyse zygomatique, l'aile du nez, la lèvre inférieure, et quelquefois jusqu'aux dents, au sinus maxillaire, au palais, et à la base de la langue. Elle s'accompagne parfois, surtout lorque la durée des accès se prolonge, de rougeur, de tuméfaction et de chaleur de la joue affectée. Nous ne parlons pas des mouvemens spasmodiques des muscles, puisqu'ils sont communs à presque toutes les névralgies. Il suffit souvent du plus léger mouvement de mastication pour réveiller la douleur. Ses phénomènes sympathiques sont ceux de toutes les névralgies. M. Chaussier admet plusieurs variétés de cette névrose, qu'il appelle *sous-orbito-nasale*, *labiale*, *palpébrale*, *dentaire*, *périodique* et *atypique*. Enfin la névralgie maxillaire (*tic douloureux*), a son siége dans la branche maxillaire inférieure du nerf tri-facial. La douleur se fait sentir d'abord au trou mentonnier, d'où elle

se communique aux lèvres, aux alvéoles, aux dents, aux tempes, sous le menton et sur les parties latérales de la langue. Elle s'étend parfois à toute la joue et jusqu'à l'oreille externe. Pendant tout le temps de sa durée, les muscles sourciliers et orbiculaires sont fortement contractés, les commissures des lèvres sont retractées en arrière et en haut, ce qui donne à la bouche l'expression du rire sardonique. Tantôt la mâchoire inférieure est d'une raideur tétanique, et tantôt elle est entraînée par les contractions irrégulières des muscles. Il est quelquefois très difficile de distinguer cette névrose d'une violente odontalgie.

Névralgie de l'oreille. M. Itard décrit, sous le nom d'*otalgie*, une maladie qui paraît être la névrose de la corde du tambour ou du nerf acoustique (1). Voici les caractères que ce médecin lui assigne. Elle se manifeste subitement, ou bien elle succède à l'odontalgie ou à des douleurs rhumatismales vagues, et, dans tous les cas, elle n'augmente pas progressivement comme la douleur de l'otite; elle acquiert au contraire en peu d'instans toute son intensité : on n'aperçoit ni rougeur ni gonflement dans le conduit auditif externe, et la membrane conserve toute sa transparence. Quand cette douleur est très-vive, les yeux sont rouges, et des irridiations douloureuses se font sentir sur la tempe et la joue. Ce symptôme nous paraît démontrer la nature et le siége que nous lui assignons; et si nous ajoutons qu'elle accompagne quelquefois la névralgie faciale, et que très-souvent elle disparaît tout à coup pour se faire sentir dans quelqu'autre partie de la tête, cela ne paraîtra probablement plus douteux. Elle est ordinairement accompagnée de tintemens d'oreille et de surdité momentanée. M. Itard ne l'a jamais vue produire le délire ni les convulsions. Il ne faut pas con-

(1) *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, par M. Itard, etc. Cet ouvrage est certainement une des meilleures monographies qui aient été publiées depuis long-temps. Aussi, dans tout ce que nous dirons par la suite sur les maladies de l'appareil auditif, nous ne ferons, pour ainsi dire, que reproduire les opinions de ce médecin.

fondre cette névrose avec la douleur d'oreille qui accompagne quelquefois l'odontalgie dépendante de la carie d'une dent, ni avec celle que provoque la présence d'un corps étranger ou une tumeur dans le conduit auditif externe, ou qu'excite sympathiquement l'inflammation des amygdales, etc. Ce n'est plus alors qu'un symptôme.

Névralgie fémoro-poplitée. Cette névrose a son son siége dans le nerf fémoro-poplité ou sciatique. Elle a reçu les noms de *sciatique*, *rhumatisme*, *ischias nervosa postica*; *névralgie fémoro-poplitée*. Elle est assez fréquente; on l'observe principalement chez les individus d'un âge mûr, et surtout chez ceux qui sont sujets aux phlegmasies musculaires et articulaires; chez les anciens militaires et tous les individus qui sont exposés aux vicissitudes atmosphériques, et sont obligés de coucher de temps en temps sur la terre froide et humide. La douleur part ordinairement de l'échancrure ischiatique, suit le trajet du nerf sciatique, à la partie postérieure de la cuisse jusqu'au jarret, et s'étend quelquefois à l'un des nerfs poplités ou à tous les deux. Un frisson la précède quelquefois; elle est aiguë, déchirante, rapide, quelquefois accompagnée de rétraction du membre ou de mouvemens convulsifs, et se manifeste ordinairement le soir ou pendant la nuit. Il suffit souvent des approches d'un changement de temps, d'un mouvement de colère, du moindre exercice ou de la chaleur du lit pour la réveiller. Elle n'est pas toujours aussi vive que nous venons de le dire; et, dans l'état chronique, elle ne consiste souvent que dans un simple engourdissement douloureux de la cuisse, et ne se fait sentir plus aiguë que lorsque le malade veut exécuter un mouvement. A la longue, cette névrose laisse dans le membre un état de faiblesse ou un tremblement continuel, et dans quelques cas elle finit par en déterminer la paralysie et l'amaigrissement. Les phénomènes sympathiques qui l'accompagnent sont ceux que nous avons indiqués dans les névralgies précédentes.

Il existe encore un assez grand nombre de névralgies, c'est-

à-dire que l'on a observé la névrose dans presque tous les troncs nerveux. Ce serait s'exposer à des répétitions sans fin, que de vouloir décrire séparément chacune de ces maladies. Nous nous bornerons donc à indiquer celles qui ont été bien observées. Ainsi Siebold l'a vue fixée sur un nerf intercostal (*névralgie intercostale*); M. Chaussier l'a observée dans le rameau de la première paire lombaire, qui, longeant les muscles psoas et iliaque, se rend au scrotum (*névralgie iléo scrotale*); M. Jadelot, dans la branche postérieure de la première paire lombaire (*névralgie lombaire*); M. Barras, sur le nerf spermatique (*névralgie spermatique*); Cotugno, M. Chaussier et d'autres observateurs, dans le nerf crural antérieur (*névralgie crurale*, *fémoro-pré-tibiale*, *sciatique antérieure*); M. Chaussier, dans le nerf plantaire (*névralgie plantaire*). Enfin, le savant professeur que nous venons de citer appelle *anomales* les névralgies qui ont leur siége dans des filets nerveux très-petits, lesquelles surviennent quelquefois à la suite de la piqûre d'une lancette ou de tout autre corps aigu, ou après certaines contusions sur les os du crane, du sternum et toutes les parties osseuses recouvertes seulement par la peau. Il désigne encore sous ce nom, des tubercules ronds, oblongs ou aplatis, durs comme des cartilages, blancs ou bruns, souvent mobiles et quelquefois adhérens, variables en grosseur depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'une fève, souvent entourés d'une membrane fibreuse, et développés dans l'intérieur ou autour des cordons nerveux, aux malléoles, ou au dos, au genou, sur le trajet du nerf radio-cutané, etc. Ces tubercules causent toujours des douleurs très-vives, surtout au contact; quelquefois cette douleur reste locale; mais, dans le plus grand nombre de cas, elle se propage suivant le trajet du nerf affecté, comme dans les névralgies précédentes.

La plupart de ces névralgies, et principalement celles des membres, peuvent exister à l'état chronique : la douleur en est alors le seul symptôme. Elle est parfois circonscrite dans un assez petit espace, ou bien elle s'étend le long d'un cordon

nerveux : elle est tantôt fixe et tantôt mobile ; tous les changemens de température la réveillent ; mais c'est principalement aux approches des orages qu'elle se fait sentir. Presque toujours intermittente et très-irrégulière, elle laisse souvent les malades en paix pendant toute une saison et même plus long-temps. On désigne en général cette irritation sous la dénomination impropre de *rhumatisme nerveux*.

Traitement. Le nombre et la variété des moyens qui ont été employés contre cette névrose sont vraiment effrayans. Il en est toujours ainsi dans toute maladie longue, rebelle, et dont la nature est restée long-temps inconnue. C'est une vérité dont nous aurons de nombreuses occasions de nous convaincre dans tout le cours de cet ouvrage. Nous ne les indiquerons pas tous; nous nous bornerons à parler de ceux qui ont été le plus fréquemment suivis de succès, en commençant par les plus rationnels.

Les saignées générales, dans quelques névralgies fémoro-poplitées intenses, ont été suivies de succès. Mais dans cette névralgie, comme dans toutes les autres, les saignées locales ont procuré un plus grand nombre de guérisons ; il faut convenir toutefois qu'elles échouent assez fréquemment et que quelquefois même elles exaspèrent la douleur. On les pratique sur le point de départ de la douleur et sur le trajet du nerf. Il faut y avoir recours pendant les accès, et insister sur leur emploi si on s'aperçoit qu'elles soulagent. On peut les seconder par l'application de cataplasmes émolliens et narcotiques, de farine de graine de lin, de tête de pavot, de belladone, de morelle, de douce-amère, etc. ; par les frictions avec le laudanum liquide, l'huile opiacée et camphrée, le baume tranquille, le baume nerval, les fomentations froides, les applications de glace, etc.; mais il est préférable de les employer seules au début. Ces derniers moyens ont quelquefois suffi, sans le secours des saignées locales, pour guérir des névralgies. Les révulsifs ont aussi été employés avec succès. Les vésicatoires ont surtout été singulièrement vantés par Co-

tugno. Ce médecin conseille de les appliquer aux endroits où le nerf est recouvert par la moindre épaisseur de parties molles, et de les faire suppurer long-temps. Nous les avons employés avec succès au début de plusieurs névralgies du tronc et des membres, en les plaçant sur le point de départ de la douleur. M. Arloing, médecin de Nevers des plus distingués, a publié un Mémoire très-bien fait dans lequel les avantages de ces révulsifs sont mis dans tout leur jour (1). Ils sont aussi très-utiles dans les névralgies chroniques ou *rhumastismes nerveux* des auteurs; mais en général ces affections sont très-rebelles.

Quelques faits tendent à nous faire croire que l'acupuncture est un moyen plus puissant qu'on ne le pense généralement, et serait de quelque efficacité contre ces névroses. On n'a guère recours aux cautères et aux moxas que dans les névralgies très-anciennes, et principalement celles du nerf sciatique. Les bains de vapeur, simples ou aromatiques, sont un moyen souvent très-efficace contre cette dernière névrose: on l'a guérie quelquefois aussi par les douches et les bains de sable chaud.

Mais le traitement extérieur ne se borne pas à ces seuls moyens rationnels; il se compose parfois de moyens tout-à-fait empiriques, tels que les linimens volatils, les frictions avec la teinture des cantharides, l'onguent mercuriel, les plaques d'acier aimanté, et l'électricité. On ne doit recourir à ces derniers agens qu'après s'être assuré de l'impuissance des premiers, et encore peut-être vaudrait-il mieux s'en abstenir; car ils aggravent très-souvent le mal qu'ils sont appelés à détruire.

Lorsque tous ces moyens ont échoué, il ne reste d'autre parti à prendre que de couper le nerf irrité, au-dessus ou le plus près possible du point de départ de la douleur, ou bien de le cautériser dans ce même endroit, à l'aide du fer rouge ou de la pierre à cautère. Ces deux opérations ne peuvent pas être pratiquées sur le nerf fémoro-poplité.

(1) *Journal de Médecine*, mars, 1827.

Le traitement interne a presque toujours pour base des médicamens antispasmodiques, tels que la fleur ou la feuille d'oranger en infusion ou en poudre, la racine de valériane, l'éther, le castoréum, le musc, l'assa-fœtida, l'oxyde de zinc, la jusquiame, l'opium, etc. Les pilules de Méglin, qui comptent de nombreux succès dans la névralgie faciale, contiennent un grain d'extrait de jusquiame noire, un de poudre de racine de valériane sauvage et un d'oxyde de zinc. Le carbonate de fer, à la dose de vingt-quatre à quarante-huit grains par jour, est un des moyens les plus efficaces; c'est celui que nous préférons : nous l'avons rarement trouvé infidèle. Quand la névralgie est régulièrement périodique, on la combat avec succès par le sulfate de quinine ou la poudre de fausse angusture. Dans ces derniers temps, M. Martinet (1) a rappelé l'attention des praticiens sur l'emploi de l'essence de térébenthine à l'intérieur, que Cheyne, Hume, et M. Récamier avaient préconisée contre les névralgies des membres, et principalement contre celle du nerf sciatique. Ce médicament, dont le mode d'action, dans ce cas, n'est pas bien connu, paraît jouir d'une assez grande efficacité contre ces névroses. Probablement, il n'agit qu'en produisant une révulsion sur les voies digestives, car les purgatifs ont été aussi vantés et suivis de guérison dans les mêmes cas qu'il l'est aujourd'hui.

M. Itard conseille, contre la névralgie de l'oreille, de faire éponger la tête avec de l'eau chaude, pendant un quart d'heure, puis de la faire frotter avec des flanelles chaudes jusqu'à ce que la dessication soit complète, et ensuite de la recouvrir avec une autre flanelle sèche et chaude, ou avec une calotte de taffetas gommé. Lorsque les cheveux sont longs, ce moyen ne peut pas être employé : M. Itard le remplace alors par l'application, sur la région temporale et la joue, d'un cataplasme entre deux linges, fait avec des tiges de verveine écrasées,

(1) *Mémoires sur l'emploi de l'huile de térébenthine dans la sciatique et quelques autres névralgies des membres*, Paris, 1824.

cuites dans du lait, et liées par de la farine de graine de lin. Il seconde l'un ou l'autre de ces moyens, en mettant dans une fiole à médecine trois gros de liqueur minérale anodine d'Hoffman, et une demi-once d'eau, plongeant cette fiole dans un vase qui contient de l'eau chaude, et dirigeant la vapeur qui s'en dégage, dans le conduit auditif, par le moyen du goulot. Un emplâtre de savon noir, de la grandeur d'un petit écu, ou un petit vésicatoire, ou un emplâtre dont l'opium fait la base, appliqué à la tempe ou sur l'apophyse mastoïde, sont également très-efficaces. L'opium, introduit dans l'oreille, est souvent très-dangereux; il vaut mieux ne pas l'employer ainsi. Enfin, on peut joindre à ces moyens quelques iujections d'eau tiède ou de décoction de graine de lin, à laquelle on ajoute quelques gouttes de baume tranquille; et si tout cela est insuffisant, on administre à l'intérieur tous les calmans connus. Le bain général n'est d'aucun secours.

On fait quelquefois cesser très-promptement les douleurs de la névralgie maxillaire, en plaçant quelques grains de camphre entre les dents.

Névroses de l'intelligence.

Du cauchemar.

Le cauchemar paraît n'être autre chose qu'un rêve pénible, avec sentiment d'un poids sur la poitrine, gêne de la respiration, et l'idée de l'impossibilité de parler et de se mouvoir. Ordinairement le malade croit voir dans son sommeil un monstre, un gros chat, un chien, ou une vieille femme hideuse, posés sur sa poitrine, et l'empêchant de respirer. Les jeunes filles rêvent quelquefois qu'un homme les serre dans ses bras pour les exciter au plaisir (*incube*); les jeunes garçons au contraire se croient étreints dans les bras d'une jeune fille (*succube*). Pendant tout le temps que dure le rêve, qui est en

général fort court, la respiration est souvent tremblante, plaintive et étouffée. Aussitôt que le malade parvient à faire le plus léger mouvement, son rêve s'évanouit, et tantôt il se réveille couvert de sueur, sanglotant, effrayé, avec des palpitations, de l'anxiété, de la pesanteur de tête, et une fatigue générale, et tantôt dégagé immédiatement de toute sensation pénible.

Nous ne connaissions aucun exemple de cauchemar survenu pendant la veille, lorsque nous en avons lu un fait remarquable, rapporté par M. Boisseau, dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*. Nous le transcrivons textuellement. « Le sujet qui en est affecté éprouve d'abord, pendant la nuit, tous les symptômes que nous avons décrits : ils cessent; mais pendant un, deux ou trois des jours suivans, à l'instant où il fixe une personne, où il mange, il *voit*, au lieu de cette personne, l'*étre* fantastique dont l'image l'a tourmenté pendant la nuit; il éprouve un sentiment de malaise qui se peint sur ses traits profondément décomposés; sa respiration s'accélère, et devient gênée; il exécute des mouvemens de déglutition, comme lorsqu'on éprouve un sentiment de strangulation par la présence d'un corps étranger dans l'œsophage. S'il parlait au moment où la *vision* lui apparaît, il se tait ou parle avec difficulté, avec distraction, comme un homme frappé subitement d'un souvenir effrayant ou de la vue d'un objet qui inspire la crainte. »

Les enfans, les femmes et les vieillards, sont plus sujets au cauchemar que les adultes et les hommes. Une grande irritabilité du système nerveux y prédispose; son retour fréquent suppose nécessairement un état d'excitation morbide du cerveau. Suivant M. Esquirol, il est souvent le symptôme précurseur de la manie et des autres genres de folie. Les contes avec lesquels on effraie les enfans, les terreurs religieuses, les chagrins profonds, et les écarts de régime sont des causes fréquentes de cauchemar. Il est très-souvent produit par la plénitude de l'estomac, et souvent aussi par une gêne réelle de la

respiration, produite par une maladie du cœur, ou l'asthme, l'hydrothorax, l'hydropéricarde, etc. (Voyez ces maladies), gêne augmentée pendant le sommeil, par une position inaccoutumée qu'a prise le malade, et surtout par le coucher sur le dos, la tête étant peu élevée. Dans ces cas, le cerveau perçoit douloureusement l'état de malaise des organes affectés, et cette sensation n'étant pas assez forte pour causer un réveil subit, le rêve pénible qui constitue le cauchemar a lieu. Les moyens de faire cesser cette affection découlent naturellement de la connaissance des causes. Bannir les craintes, dissiper les terreurs, recommander les distractions, la sobriété, les bains, la promenade, l'habitation à la campagne, retrancher ou considérablement diminuer le repas du soir, prescrire au malade d'avoir la tête et les épaules élevées pendant le sommeil, et de se coucher sur les côtés s'il lui est possible, tels sont ces moyens. Il peut être utile, dans quelques cas de cauchemar fréquent, d'ordonner l'usage des antispamodiques, et si le sujet est pléthorique et disposé à l'apoplexie, d'avoir recours à la saignée.

Du somnambulisme.

On nomme somnambulisme un état intermédiaire au sommeil et à la veille, dans lequel l'individu exécute, en dormant, une partie des actes, et perçoit une partie des sensations que, dans l'état naturel, l'homme éveillé peut seul exécuter et percevoir, et ne conserve ordinairement à son réveil aucun souvenir de ce qu'il a fait et senti. Cet état est spontané ou provoqué. Dans le premier cas, c'est le somnambulisme *naturel ;* dans le second, le somnambulisme *artificiel*. Il dépend toujours d'une irritation cérébrale, et tantôt il en est le seul symptôme, tantôt, mais rarement, il accompagne ceux de l'épilepsie, de l'hystérie, et des diverses espèces de folie.

Causes. Les causes du somnambulisme naturel sont peu connues : on ne l'observe pas chez les enfans du premier âge ; il

commence à se montrer dans la seconde enfance, mais ce sont les jeunes gens qui en offrent les exemples les plus nombreux. Il est beaucoup plus rare chez les adultes, et ne survient presque jamais aux vieillards : les hommes et les femmes y paraissent également disposés. Un cerveau très-irritable, une imagination active sont en quelque sorte les conditions nécessaires de son développement, que favorisent les alimens trop succulens, les repas du soir trop copieux, l'abus des liqueurs alcooliques, les excès vénériens, et surtout la continence forcée. On l'a vu survenir le plus fréquemment après des veilles prolongées et des travaux excessifs de l'esprit, à la suite d'emportemens de colère, de rixes, de combats, de frayeurs multipliées et de passions amoureuses; un excès de fatigue l'a quelquefois fait naître. Quant au somnambulisme artificiel, il est toujours provoqué par le magnétisme animal.

Symptômes, *marche*, etc. Quelques somnambules sortent de leur lit, s'habillent, marchent, boivent, mangent, parlent, répondent aux questions qui leur sont adressées, écrivent et composent, résolvent des problèmes dont ils n'avaient pu trouver la solution étant éveillés, exécutent quelques-uns de leurs travaux habituels de la journée; mais la plupart n'exercent que quelques-uns de ces actes : la plupart ne se rappellent pas à leur réveil ce qui s'est passé. La mémoire paraît être la faculté la plus active pendant le somnambulisme, elle rappelle très-souvent les objets qui ont fortement occupé le somnambule dans la journée, et c'est d'eux qu'il s'occupe alors. Presque jamais la vue ne s'exerce chez le somnambule, que les paupières soient ouvertes ou non, et cependant toutes les actions sont produites comme si la vision était pleine et entière. Quelquefois cependant il y a des erreurs funestes, et des malades se jettent par une croisée, croyant passer par la porte; plusieurs ne marchent qu'en tâtonnant, et se heurtent contre tous les objets qui les environnent. L'ouïe, le goût et l'odorat sont en général très-obtus chez la plupart des somnambules; cependant ils offrent des varia-

tions : ainsi on ne peut réveiller celui-ci que par un très-grand bruit, celui-là sort de son sommeil par le bruit le plus léger; l'un mange indistinctement tous les mets qu'on lui présente et boit de l'eau pour du vin, tandis que l'autre reconnaît de suite la supercherie; enfin, quelques-uns flairent et distinguent les odeurs les plus légères, et d'autres sont tout-à-fait insensibles à de fortes odeurs. Le tact est le sens qui se conserve le plus actif; c'est lui qui sert souvent au somnambule pour se guider. L'accès survient ordinairement au commencement de la nuit, après le premier sommeil. On le fait cesser par un bruit violent, en élevant fortement la voix à plusieurs reprises, en donnant du cor, ou en chatouillant la plante des pieds ou les lèvres, ou en écartant les paupières.

Le somnambulisme n'est jamais une affection grave; il importe seulement de surveiller les individus qui en sont atteints, afin de prévenir les accidens auxquels ils pourraient s'exposer. Ils doivent être couchés dans une chambre vaste, la tête un peu élevée et peu couverte, les pieds chauds, et sur un lit ni trop mou ni trop dur. Leur régime se composera d'alimens de facile digestion, peu excitans; ils n'useront de vin qu'avec une extrême modération, et devront se priver du repas du soir. Les bains tièdes, un exercice modéré, le séjour à la campagne, les voyages, leur seront éminemment utiles. On conseille de maintenir le ventre libre par une tisane légèrement laxative prise tous les matins; et, chez les individus pléthoriques, d'avoir recours aux sangsues ou à la saignée. Si l'on peut surveiller les somnambules, il faut les réveiller doucement dès le début de l'accès; on pourrait employer des moyens de correction, tels que la fustigation chez les enfans pendant l'accès, si tous les autres moyens avaient échoué; les aspersions d'eau froide feraient peut-être cesser les crises. Lorsqu'on ne peut exercer aucune surveillance sur le malade, les portes et les fenêtres de la chambre qu'il occupe doivent être fermées avec soin et solidement tous les soirs, et l'on doit enlever tout objet avec lequel il pourrait se

blesser (Louyer-Villermay, *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. LII, article *somnambulisme*).

Du délire nerveux.

Il existe une espèce de délire, ordinairement produit par l'abus des boissons spiritueuses, survenant fréquemment aussi à l'occasion des blessures ou des opérations graves chez les individus nerveux, chez ceux dont l'imagination a été frappée par les craintes de l'opération, chez ceux qui ont affecté dans ces circonstances de grandes démonstrations de courage, enfin chez les individus qui ont fait des tentatives de suicide, délire indépendant de toute inflammation du cerveau, accompagné d'agitation et de tremblement des muscles, de courte durée, peu dangereux, et facilement curable; c'est ce délire que Sutton, médecin anglais, a décrit le premier sous le nom de *delirium tremens*, que M. Dupuytren nomme *délire nerveux*, et sur lequel M. Léveillé vient de publier un excellent travail dans les Mémoires de l'Académie de Médecine (1).

Sous l'influence des causes que nous venons d'indiquer, la maladie naît et présente les symptômes suivans : après quelques jours de malaise, de faiblesse musculaire, d'insomnie, de céphalalgie, quelquefois, sans que ces symptômes aient eu lieu, le malade est pris d'un délire qui roule ordinairement sur les objets de ses occupations habituelles; il éprouve en même temps un tremblement des muscles, principalement dans ceux des membres thoraciques, qui se dissipe et reparaît tour à tour, souvent d'une manière périodique; sa face est colorée, les yeux sont injectés, la peau du front est rouge et chaude; il est continuellement agité, il va rarement et difficilement à la selle, et lorque la maladie est l'effet des boissons spiritueuses, l'haleine conserve pendant quelques jours l'odeur alcoolique. En genéral, ces accidens durent peu; ils se dissipent quelquefois en vingt-

(1) *Mémoire sur la folie des ivrognes*, par M. Léveillé, etc.; *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, tom. Ier, pag. 181 et suiv.

quatre heures et ne se prolongent presque jamais au-delà du vingtième jour. Presque tous les malades guérissent : on a cependant vu quelquefois cette affection se terminer par une inflammation ou une hémorrhagie cérébrale, et par la mort.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur cette affection ; Sutton, MM. Rayer, Dupuytren, Léveillé, etc., regardent les évacuations sanguines comme dangereuses dans cette maladie ; ce n'est que dans le cas où le malade est pléthorique, lorsque la congestion vers le cerveau est forte, et quand la maladie est encore à son début, qu'ils conseillent l'emploi de la saignée générale. Hors ces circonstances, c'est à l'opium qu'il faut avoir immédiatement recours. On l'administre, sous quelque forme que ce soit, à doses croissantes, depuis un demi-grain jusqu'à trois à quatre, jusqu'à ce que l'on détermine de la somnolence d'abord, et du sommeil ensuite. Dans le délire nerveux des blessés et des opérés, M. Dupuytren prescrit habituellement de six à dix gouttes de laudanum dans un lavement, et souvent cette faible dose suffit à la guérison. Quelquefois l'agitation redouble après les premières doses du médicament, mais on ne doit pas s'en effrayer ; le malade s'endort, et après un sommeil plus ou moins prolongé, il se réveille en pleine santé, et ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son délire.

Il est bien démontré que l'opium est le véritable moyen de guérison de cette maladie, et c'est à son emploi que nous conseillons de s'en tenir. Qu'il nous soit toutefois permis d'ajouter, que la proscription qui pèse sur les moyens antiphlogistiques, dans ce cas, est peut-être trop absolue. En effet, au rapport de M. Georget (1), M. Esquirol traitait avec un succès complet toutes les femmes qui étaient conduites à la Salpêtrière pour ce délire, par les boissons aqueuses, la diète les premiers jours, et une ou deux saignées quand la malade était forte et pléthorique, ou lorsqu'il existait des signes d'une forte congestion vers la tête.

(1) *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, tom. VI, pag. 408.

De la folie.

La nature de la folie, c'est-à-dire les altérations de l'organe de la pensée dont elle dépend, ne sont pas encore bien connues. Il en résulte qu'on est forcé de la définir par ses symptômes principaux, et comme ils sont nombreux et variés, cette définition est nécessairement vague et peu satisfaisante. Quoi qu'il en soit, on entend en général par *folie* ou *aliénation mentale*, un trouble continu ou intermittent des facultés intellectuelles, presque toujours partiel, ordinairement de longue durée, et que le dérangement d'aucune autre fonction n'accompagne d'une manière nécessaire. A l'imitation de M. Georget, qui va nous servir de guide dans tout cet article, nous séparerons, pour l'étudier ailleurs, l'histoire de *l'idiotie* de celle de la folie proprement dite; les différences qui existent entre ces deux affections ne permettent pas de les confondre sous un même titre (1).

Causes. La folie est extrêmement rare chez les enfans au-dessous de quinze ans, et se montre peu chez les individus au-dessus de soixante. C'est depuis l'âge de trente ans jusqu'à celui de quarante qu'elle est plus fréquente, puis de vingt à trente, et enfin de quarante à cinquante; elle se manifeste seulement un peu plus tôt chez les femmes et les gens riches que chez les hommes et les pauvres. Le sexe féminin, l'hérédité, le tempérament nerveux, un éducation vicieuse, peut-être le célibat (2), les professions qui exigent une grande contention d'esprit, qui l'agitent fortement ou mettent en jeu la vanité, l'ambition, etc., les grands bouleversemens politiques, la superstition, les terreurs religieuses, la satiété de toutes les jouissances, les excès vénériens, la masturbation, les liqueurs fortes, la lecture des

(1) Voyez *Traité de la folie*, par Georget, et l'excellent article dont ce médecin a enrichi le tome IX du *Dictionnaire de Médecine*, en 18 vol.

(2) On a depuis long-temps remarqué que tous les vieux garcons sont *pleins de manies*, et les vieilles filles *acariâtres*.

romans et des mauvais livres, le désœuvrement, des accès antérieurs de folie, les congestions cérébrales fréquentes, l'épilepsie, l'état de couches, sont rangés par tous les auteurs au nombre des causes prédisposantes de la folie; la plupart suffisent même pour la produire. Mais les causes qui la déterminent ordinairement, consistent presque toutes dans les affections morales vives ou continues, telles sont : la colère, la frayeur, un revers subit de fortune, un bonheur inespéré, un chagrin violent et inattendu, les excès d'étude, l'ambition déçue, l'amour-propre humilié, la jalousie, les événemens politiques, les chagrins domestiques, l'amour contrarié, le fanatisme, etc. Cependant on voit quelquefois la folie être produite par l'abus des liqueurs fortes, les coups et les chutes sur la tête, le froid excessif, l'insolation, l'action des émanations mercurielles ou méphitiques; l'épilepsie en est aussi une des causes fréquentes. Chez les individus prédisposés, elle se développe quelquefois à l'occasion de la suppression subite des menstrues ou de tout autre hémorrhagie habituelle, ou à la suite de la disparition d'une phlegmasie cutanée ou articulaire. M. Esquirol cite dans ses savantes leçons l'exemple d'une dame qui, dans deux grossesses, devint aliénée le premier jour de la conception. Cet habile professeur a également observé un jeune homme qui, à deux reprises, fut presque subitement guéri d'un accès de manie par l'évacuation d'une énorme quantité de vers.

Symptômes. L'invasion de la folie est lente ou subite; mais de quelque manière qu'elle débute, voici les symptômes généraux qui lui sont propres. Assez ordinairement les impressions faites sur un ou plusieurs des sens sont très-vivement senties, ou mal perçues, ou mal jugées. C'est ainsi que les fous, tantôt perçoivent vivement et désagréablement la lumière, les sons, les odeurs ou les saveurs, et tantôt prennent un objet, un individu, un bruit, etc., pour d'autres. Quelquefois ils voient des êtres, entendent des voix ou des sons, sentent des odeurs qui n'ont aucune réalité, et n'existent que dans leur cerveau ma-

lade. Certains, mais en petit nombre, supportent des froids considérables, et ne paraissent pas en souffrir; d'autres semblent ne pas ressentir les impressions douloureuses. Les désordres des facultés intellectuelles sont extrêmement variés, et présentent souvent le singulier mélange d'une raison entière sur certains points, avec un délire complet sur quelques autres. Chez presque tous les aliénés le souvenir du passé est conservé; l'indifférence complète ou la haine pour leurs parens, leurs enfans, leurs amis, ou un oubli profond, ont remplacé les sentimens d'affection; un penchant ou une passion, comme la joie, la tristesse, la crainte et la frayeur, la colère et l'emportement, la ruse et la méchanceté, l'orgueil et la vanité, le penchant au suicide ou à l'homicide, les désirs vénériens, domine le désordre intellectuel; les actes les plus extravagans sont motivés, presque tous ont la conviction profonde que leurs idées et leurs actes sont raisonnables; quelques-uns cependant conservent la conscience de leur malheureux état, et s'en affligent profondément. Il n'existe en général de mouvemens convulsifs que chez les fous hystériques et les épileptiques pendant les attaques; mais plusieurs ont une force plus considérable dans les momens d'exaltation, de colère ou de fureur; et s'ils sont libres, ils courent, sautent, frappent, brisent, etc. La physionomie de la plupart exprime fortement la passion dominante qui les anime, et dans leurs accès plus ou moins fréquens de folie, la face s'anime, les yeux brillent, les artères temporales et carotides battent avec force, la bouche est sèche et la tête brûlante. Souvent l'invasion de la maladie est précédée par une céphalalgie qui disparaît pendant tout le temps que dure la folie, et se montre de nouveau dans la convalescence. L'insomnie plus ou moins complète, un sommeil rare et agité, sont aussi des symptômes fréquens; on a vu l'insomnie se prolonger pendant des mois et même des années, et souvent sans une influence bien marquée sur la santé de l'individu.

Nous avons dit que le dérangement d'aucune autre fonction

que celle du cerveau n'accompagne la folie d'une manière nécessaire. Si donc il existe des palpitations, des étouffemens, des désordres menstruels, du trouble dans les digestions, etc., les lésions dont ces symptômes dépendent sont sympathiques de la lésion cérébrale, ou bien n'ont aucun rapport avec elle, et sont purement accidentelles, comme elles le seraient chez un individu raisonnable. Cependant le désordre cérébral peut être lui-même sympathique de l'irritation d'un organe éloigné; cet organe est presque toujours l'estomac; car il est presque le seul dont l'action sur le cerveau soit bien marquée, le seul dont l'irritation chronique puisse exercer assez d'influence sur l'organe de la pensée pour en troubler les fonctions. En effet, jamais on ne voit la phthisie, l'hépatite chronique, etc., provoquer le trouble dans les fonctions intellectuelles, et l'on sait au contraire avec quelle promptitude la gastrite chronique rend triste, morose, irascible : peut-être l'utérus jouit-il du même privilége; nous ne sommes pas éloignés de le croire. Au reste, puisque le cerveau malade peut troubler les fonctions digestives et utérines plus que toutes les autres, pourquoi cette action sympathique ne serait-elle pas réciproque? Il peut donc exister des folies sympathiques, et nous pensons que la membrane muqueuse des voies digestives et l'utérus sont les seuls organes qui puissent en provoquer.

Les symptômes de la folie s'offrent en général, à l'observateur, sous trois aspects principaux. Tantôt le délire ne roule que sur un petit nombre d'objets, sur une idée fixe, dominante, exclusive, ou bien il ne consiste que dans l'exagération d'une passion ou d'un penchant, et, en général, le malade raisonne assez juste lorsqu'on le distrait du sujet de son délire; ce genre de folie a été nommé par M. Esquirol, *monomanie* (*mélancolie* des auteurs). Tantôt le délire est général et s'étend à tout; il s'accompagne toujours d'exaltation, et souvent de fureur; il prend alors le nom de *manie*. Tantôt enfin, « à une indifférence « ou une nullité morale variable, se joint l'inactivité, l'affai-

« blissement ou l'abolition entière de l'intelligence ; c'est la *dé-* « *mence.* » (Georget.)

Voici les variétés principales de la monomanie. Des individus se croient *rois*, *empereurs*, *papes*, *prophètes*, *reines*, *princesses*, et leurs actions sont en rapport avec cette croyance ; d'autres se plaignent avec l'accent du désespoir d'avoir perdu l'amitié des personnes qui leur sont chères ; ceux-ci sont en proie à des désirs vénériens violens ; ceux-là ont la tête remplie d'un objet qu'ils adorent, qu'ils parent de tous les charmes, auquel ils parlent sans cesse, etc. (*érotomanie*). Quelques-uns sont tourmentés par des scrupules religieux, poursuivis par la crainte de l'enfer (*monomanie religieuse*). D'autres se croient au pouvoir du diable (*démonomanie*). Chez quelques monomaniaques, la tristesse, l'ennui, le chagrin, la crainte, la frayeur, sont les symptômes dominans (*mélancolie ; lypémanie* de M. Esquirol) ; on nomme aussi *panophobie* l'état habituel de crainte et de frayeur, et *misanthropie*, la haine de ses semblables. Chez d'autres, le délire est caractérisé par l'avarice ou la prodigalité, ou l'idée de la possession de richesses immenses. Certains malades se croient poursuivis par des voix importunes ou par des êtres malfaisans ; d'autres s'imaginent avoir, dans une partie du corps, des ennemis, des serpens, des diables, etc. ; il en est qui se croient transformés en un individu d'un autre sexe, ou en chien, en loup, en oiseau (*zoanthropie*, *lycanthropie*). La monomanie consiste quelquefois dans l'exaltation morbide de certains talens : la musique, les vers, etc. ; souvent enfin elle est accompagnée de l'envie de se détruire (*mélancolie suicide*), ou de celle de tuer autrui (*monomanie homicide*) (1).

M. Georget distingue trois variétés dans la manie : dans la première, l'esprit des aliénés est continuellement tendu, exalté ; ces malades parlent beaucoup et avec volubilité sur toutes

(1) *Examen médico-légal des Procès de Léger, Lecouffe, Papavoine, etc.*, par M. Georget, 1825.—*Médecine légale relative aux aliénés*, par Hoffbauer, traduite par M. Chambeyron, avec des notes par MM. Esquirol et Itard. Paris, 1827, n-8°.

choses, souvent avec justesse et précision ; ils ne peuvent rester tranquilles ni se livrer à aucune occupation : ils sont indiscrets, inconséquens, étourdis, etc. ; dans la seconde, il existe un mélange tel de raison et de folie (*folie raisonnante*), que les malades livrés à eux-mêmes déraisonnent complètement, tandis que souvent ils retrouvent leur raison si leur attention est soutenue par une conservation, une lecture, la composition d'une lettre, etc. ; dans la troisième, enfin, les idées sont rapides, confuses, incohérentes, exprimées avec agitation, avec des cris, des chants, des menaces, des mouvemens désordonnés, etc. M. Georget pense avec raison que ces variétés ne sont que des degrés du même état.

La démence succède ordinairement à la manie ou à la monomanie, ou bien elle est l'effet des progrès de l'âge, et alors elle est primitive. Ses principaux caractères sont l'affaiblissement ou la perte de la mémoire et des impressions du moment, avec souvenir du passé, défaut de liaison dans les idées, les jugemens et les déterminations, apathie, ris ou pleurs sans motifs. Les malades n'arrivent à cet état que par gradation, et, avant d'y parvenir, ils éprouvent de temps en temps des excitations passagères, avec emportement, colère, etc. Quelques aliénés, dit M. Georget, sont dans un état aigu et continuel de stupeur ; ils paraissent être sans besoins, sans idées, sans désirs ; leurs yeux sont ouverts sans regarder ; ils n'écoutent ni ne parlent ; leur peau paraît peu sensible ; ils resteraient la nuit comme le jour en plein air, si on ne les conduisait à leur appartement, à table, auprès du feu, dans leur lit. Lorsqu'ils sont guéris, les uns disent qu'ils étaient presque privés de la faculté de sentir, de penser, de vouloir ; qu'ils n'avaient plus qu'une existence machinale ; d'autres avaient les idées dans un tel état de confusion, qu'ils ne pouvaient s'arrêter à aucune ; quelques-uns accusent une défaillance d'esprit, etc. Quelquefois cet état de démence aiguë n'est qu'apparent : les malades vivent concentrés en eux-mêmes et sans proférer un seul mot, par différens

motifs : l'un s'imagine que s'il parle il est mort, un autre a reçu l'ordre de se taire, etc. (1).

Marche, durée, terminaisons et pronostic. Des désordres cérébraux, auxquels on ne fait souvent aucune attention, précèdent le plus ordinairement l'invasion de la folie, pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Ces désordres, qui consistent dans un changement dans les affections, le caractère, les penchans, etc., augmentent graduellement, lorsqu'une cause, souvent peu intense, provoque le premier accès. Ce n'est, en général, que lorsque l'action de la cause est forte, que l'invasion est réellement subite et peut n'avoir été précédée par aucun trouble dans les facultés intellectuelles ou les actions. Une fois déclarée, la folie n'est pas toujours continue, elle est le plus ordinairement rémittente ou intermittente. Les accès de la manie reviennent tous les jours, tous les deux jours, toutes les semaines, tous les mois ou tous les ans, et principalement au printemps ou en été. La monomanie est également intermittente et presque toujours irrégulière dans ses retours, tant qu'elle est peu intense; mais quand elle existe déjà depuis quelque temps et qu'elle a acquis une certaine intensité, elle devient fréquemment continue. La démence affecte presque constamment cette dernière marche, et offre seulement parfois des intervalles lucides. La durée de la folie est très-variable; ainsi elle peut n'être que de huit à quinze jours ou quelques mois dans la manie; mais le plus souvent elle est d'une ou plusieurs années, et se termine souvent par la démence, qui dure ordinairement toute la vie. La monomanie est presque toujours aussi d'une très-longue durée. Ces trois genres de folie peuvent guérir, comme toutes les irritations, par le retour d'une sécrétion ou d'une hémorrhagie supprimées, par des vomissemens, des selles abondantes et fétides, par des sueurs et des hémorrhagies spontanées, etc., et de plus par la plupart des

(1) Georget, *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, tom. IX, pag. 229.

impressions morales vives : mais ces guérisons sont assez rares. M. Esquirol a établi que la manie guérit plus souvent que la monomanie, et celle-ci que la démence. Les fous succombent rarement aux progrès seuls de la folie : presque toujours la mort est occasionée chez eux par des phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse gastro-intestinale, du poumon, ou des plèvres.

Caractères anatomiques. A mesure que l'anatomie pathologique fait des progrès, on voit diminuer le nombre des folies qui ne paraissent liées à aucun désordre cérébral; et si de nouveaux faits viennent confirmer les observations de MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, qui disent avoir observé des altérations de la substance grise extérieure du cerveau, dans tous les cas où il y avait eu désordre intellectuel continué jusqu'à la mort, il n'existera probablement bientôt plus de *folies essentielles*. Les autres liaisons observées jusqu'ici sur les cadavres des aliénés sont : l'épaississement des os du crâne, quelquefois avec disparition du diploé, l'augmentation de leur densité jusqu'à la dureté de l'ivoire, ou bien un état plus spongieux et une plus grande légèreté; des vices dans la conformaion de la boîte du crâne; toutes les traces connues d'inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde, de la pie-mère, ou du cerveau lui-même; l'écartement et l'amincissement des circonvolutions cérébrales; quelquefois une sorte d'atrophie du cerveau; d'autres fois une augmentation de sa consistance avec injection sanguine; des tumeurs développées au milieu de cet organe. On a trouvé en outre des traces fréquentes de l'inflammation des voies digestives, celles de la phthisie, de la pleurésie, de la péritonite, et de l'hépatite.

Traitement. Les fous doivent être d'abord isolés, séparés de toutes les personnes avec lesquelles ils vivaient, et placés de manière à pouvoir être facilement surveillés. Il faut prendre toutes les précautions convenables pour les préserver du froid pendant le jour et pendant leur sommeil, pour empêcher qu'ils

ne se tuent s'ils ont du penchant au suicide, ou qu'ils se livrent à la masturbation. Les alienés agités ou furieux seront maintenus à l'aide de la camisole ou de quelques liens, si on le juge nécessaire, mais jamais avec des chaînes. On doit au respectable Pinel l'abolition de ce moyen barbare de répression. Si quelquefois on est forcé de réprimer un aliéné, on doit se borner, pour cette effet, à la camisole, à la réclusion dans une cellule, à la douche, à quelques privations ; mais jamais on ne doit recourir aux injures ni aux mauvais traitemens. M. Georget a renfermé dans trois préceptes remarquables tout le traitement moral des aliénés. Le premier consiste à ne jamais exercer les idées ou les passions de ces malades dans le sens de leur délire ; le second, à ne point combattre directement leurs idées et leurs opinions déraisonnables, par le raisonnement, la discussion, l'opposition, la contradiction, la plaisanterie ou la raillerie ; le troisième enfin, à fixer leur attention sur des objets étrangers au délire, et à communiquer à leur esprit des idées et des affections nouvelles, par des impressions diverses. Ces judicieux préceptes ne souffrent que de très-rares exeptions.

On n'emploie plus en France, dans le traitement de la folie, les bains de surprise, la submersion, ni les châtimens violens et corporels ; ces moyens barbares ont été justement proscrits par Daquin, Pinel, et M. Esquirol. Les saignées abondantes et répétées, et les superpurgations, sont également en partie abandonnées. Cependant M. Esquirol conseille de recourir à la saignée, chez les individus pléthoriques, après une suppression d'hémorrhagie habituelle, et dans les cas où il y a menace de congestion cérébrale. M. Georget pense, et nous partageons son opinion, que les effets dangereux dont on accuse les évacuations sanguines n'auraient pas lieu, et qu'on leur devrait plus de succès, si, au lieu des saignées générales, on avait recours aux applications répétées de sangsues derrière les oreilles, dont on seconderait l'effet par l'application de topi-

ques réfrigérans sur la tête, et de révulsifs sur les extrémités inférieures. Les bains froids, les demi-bains, les douches, les affusions, les applications froides sur la tête, sont des moyens utiles. On emploie avec succès les révulsions extérieures, par les vésicatoires, le séton à la nuque, le cautère au cou, au bras, ou aux épaules, le moxa derrière le cou ou sur la tête; et les révulsions intérieures par les purgatifs. Les narcotiques sont en général nuisibles, en ce qu'ils augmentent l'afflux du sang vers la tête; le camphre, le musc, et la plupart des médicamens dits antispasmodiques, sont d'une faible utilité, si même ils en ont une; la digitale à haute dose, en infusion, paraît jouir de quelque efficacité, dans le cas surtout où le pouls est plein et fort, et sans doute lorsque les voies gastriques sont exemptes d'irritation. On a administré avec avantage le quinquina contre la folie périodique. Enfin, il est un moyen peu employé en France, et préconisé par Cox, c'est la machine rotatoire.

Lorsque la folie a succédé à la disparition d'une hémorrhagie ou d'une phlegmasie extérieure, on doit tenter de reproduire ces irritations; et si elle est sympathique d'une inflammation gastro-intestinale ou utérine, c'est contre ces phlegmasies que doivent être dirigés les moyens thérapeutiques. Les voyages sous la conduite d'un médecin, les distractions, les travaux du jardinage, guérissent quelquefois certains monomanes; ils sont surtout avantageux dans la convalescence pour consolider la cure. Chez quelques malades anémiques, affaiblis par la misère, de longs jeûnes, et des privations de toute espèce, le régime doit être tonique sans être excitant; mais chez les autres aliénés, le régime asthénique est en général préférable; il est au reste subordonné à l'état d'acuité ou de chronicité de l'affection cérébrale, et à l'état de calme ou d'excitation des voies digestives. On est quelquefois obligé d'ingérer de force les alimens à des fous qui ne veulent pas manger.

NÉVROSES DU SYSTÈME DERMOÏDE.

Considérations générales.

On voit quelquefois des individus, qui se plaignent d'éprouver à la peau, dans une étendue ordinairement bornée, une douleur vive, ou une sensation de chaleur brûlante, ou plus fréquemment une démangeaison insupportable, survenues sans cause appréciable. En vain on examine la partie avec la plus grande attention, on n'y aperçoit ni injection sanguine, ni boutons, ni gonflement, aucun changement appréciable en un mot; quelquefois seulement il semble que la peau soit là plus chaude au toucher que partout ailleurs. Ce sont les seules névroses dont la peau soit affectée. Quand elles ont leur siége au tronc, il est presque certain qu'elles dépendent de l'état morbide d'un organe intérieur; elles en dépendent quelquefois encore lorsqu'elles occupent les membres; c'est ainsi par exemple que l'hépatite légère s'accompagne dans quelques cas de beaucoup de démangeaison à la peau; mais elles sont alors le plus ordinairement idiopathiques. Ces affections sont toujours légères; elles guérissent ordinairement d'elles-mêmes.

Le traitement de ces névroses est presque toujours empirique. On essaye les lotions froides, les topiques narcotiques, les bains de baignoire ou de vapeurs simples ou médicamenteux, les frictions sèches ou humides, les saignées locales et et les vésicatoires. Elles résistent souvent à ces moyens et guérissent lorsqu'on cesse d'y faire quelque chose. Lorsqu'elles sont symptomatiques de l'irritation d'un organe intérieur, on ne peut espérer de les faire cesser qu'en s'adressant directement à la cause. Un de nos cliens est tourmenté depuis plusieurs années d'une entéralgie très-violente, mais dont les atteintes ne se font sentir qu'à de longs intervalles; l'un des symptômes qu'il éprouve consiste dans une sensation de brûlure à la peau immédiatement au dessus de la hanche du côté droit, qui sur-

vient tout à coup, d'abord faible, puis graduellement croissante jusqu'à devenir insupportable. Souvent ce symptôme existe seul ; et comme il nous annonce infailliblement le retour de la névrose intestinale, nous le combattons par une ou deux applications de sangsues à l'anus qui le font disparaître et préviennent ordinairement les accidens ultérieurs.

NÉVROSES DU SYSTÈME MUQUEUX.

Considérations générales.

Les membranes muqueuses deviennent le siége assez fréquent de névroses, c'est-à-dire, qu'elles deviennent souvent très-impressionnables ou très-douloureuses sans qu'un afflux prolongé de sang ou d'autres fluides vienne les engorger et y accroître la chaleur. Mais, comment constater l'existence de cet état morbide dans des membranes que la vue ne peut pas toujours atteindre ? C'est ce que nous allons d'abord examiner.

Le premier caractère des névroses de ce système leur est commun avec toutes les maladies de cette nature ; il consiste dans l'absence des symptômes généraux de l'inflammation, de la sub-inflammation, ou de l'hémorrhagie, faisant un contraste remarquable soit avec l'intensité de la douleur, soit avec l'intensité du trouble de la fonction. Il en est de même du second, savoir la soudaineté de l'invasion et de la disparition des symptômes. Mais ces névroses s'accompagnent surtout d'un phénomène particulier et presque constant, qui devient d'un secours précieux pour leur diagnostic. Ce phénomène consiste dans la contraction convulsive du plan contractile qui entoure ces membranes, et par suite de tous les muscles dont l'action est liée dans l'état physiologique à celle de ce plan ; et ce signe nous paraît tellement caractéristique, que seul il nous suffira pour diagnostiquer la névrose de la membrane muqueuse à laquelle il correspondra. C'est ainsi, par exemple, que

le vomissement que n'accompagneront pas des signes d'inflammation, d'hémorrhagie, de sub-inflammation, de désorganisation, ou d'étranglement, sera à nos yeux l'indice certain d'une irritation nerveuse directe ou sympathique de la membrane muqueuse de l'estomac, en un mot, de sa névrose. Et remarquez que partout où les membranes muqueuses, fixées sur des os, comme dans les fosses nasales et quelques parties de la bouche, n'ont pas de plan musculaire qui réponde à leur stimulation, elles ne sont pas susceptibles de névroses. On en pourrait conclure, il est vrai, que l'irritation a plutôt son siége dans ce plan musculaire que dans la membrane. Mais si l'on veut bien se rappeler que ce tissu contractile n'est en relation sympathique avec aucun autre, et que dans l'état physiologique son action est entièrement subordonnée à celle de la muqueuse, il paraîtra certain que dans l'état pathologique, il ne se contracte convulsivement que sous l'influence de l'irritation de cette membrane. Enfin, si à ces considérations on ajoute que ces névroses se terminent très-souvent par l'inflammation ou la désorganisation des membranes muqueuses lorsqu'elles ont quelque durée, il sera presque démontré que leur véritable siége est dans ces membranes plus que dans le système musculaire de la vie végétative qui n'est irrité que sympathiquement. Au reste, cette question, il faut l'avouer, n'est pas complètement résolue. Peut-être ces névroses dépendent-elles de l'irritation des diverses parties du système nerveux ganglionaire, et sont-elles à ce système ce que l'épilepsie, les convulsions, etc. sont au système nerveux de la vie animale? Nous penchons à croire qu'il en est ainsi, mais nous sommes convaincu en même temps, que la membrane muqueuse participe toujours à l'irritation du nerf, et le plus souvent même est le point de départ de tout le désordre.

Les névroses des membranes muqueuses reconnaissent les mêmes causes générales que celles des autres systèmes; elles cèdent aussi aux mêmes moyens de traitement. Leur nombre

est assez considérable ; ce sont : la *coqueluche*, l'*asthme*, l'*asthme aigu de Millar*, le *spasme du pharynx*, celui de l'*œsophage*, la *gastralgie*, les *vomissemens nerveux*, la *cardialgie*, l'*hypochondrie*, le *pyrosis*, la *boulimie*, le *pica*, l'*entéralgie*, les *spasmes du rectum*, *de l'anus*, *de l'urèthre*, *du vagin*, et la *dysménorrhée*.

De la coqueluche (1).

La plupart des auteurs rangent la coqueluche parmi les inflammations, et ils s'appuient sur l'existence constante des traces de ce mode d'irritation sur la membrane muqueuse des bronches après la mort. Cette opinion ne nous en paraît pas moins erronée. La coqueluche est, selon nous, une névrose simultanée de la membrane muqueuse des bronches, de l'estomac et des nerfs pneumo-gastriques, très-souvent accompagnée de bronchite, quelquefois de gastrite, de pneumonite, de pleurite, ou d'encéphalite, ne donnant même la mort que lorsque l'une de ces complications a lieu, mais pouvant exister sans elles, ainsi que nous croyons en avoir observé d'assez nombreux exemples. Les symptômes de cette affection ont un cachet particulier qui ne nous permet pas d'y reconnaître une bronchite ordinaire ou spéciale, comme on voudra l'appeler. Ce n'est pas l'âge seul qui lui imprime les caractères qui la distinguent, puisqu'on l'observe quelquefois chez les adultes et les vieillards (2) ; ce n'est pas non plus à l'idiosyncrasie particulière des enfans qui en sont affectés qu'il faut s'en prendre, car ces mêmes enfans peuvent être atteints de bronchite ordinaire, avant comme après leur coqueluche, ainsi que nous

(1) Guersent, *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, tom. VI. — Guibert, *Recherches nouvelles et Observations pratiques sur le croup et sur la coqueluche*, Paris, 1824. — Desruelles, *Traité de la coqueluche*, Paris, 1827, in-8°.

(2) Guibert, *Archives générales de Médecine*, tom. XVI, pag. 202 et suivantes.

l'avons vu plus d'une fois ; ils cessent en outre, pour la plupart, d'être aptes à contracter celle-ci de nouveau quand ils l'ont une fois éprouvée, et l'on n'ira pas supposer, pour expliquer ces faits, que cette prédisposition ne se forme qu'au moment de contracter la maladie et disparaît avec elle. Nous ne pouvons non plus y voir, avec M. Desruelles, une *broncho-céphalite*, d'abord parce que tout prouve que ce n'est pas une inflammation, et ensuite parce que nous l'avons vue trop évidemment exister sans symptômes cérébraux pour pouvoir admettre la nécessité d'une lésion cérébrale quelconque dans sa production.

Les argumens que l'on fait valoir en faveur de l'opinion, qui considère cette maladie comme une inflammation, bien que puisés dans l'observation des lésions cadavériques que l'on observe à sa suite, ne nous paraissent d'aucun poids pour décider la question. Sans doute les traces de bronchite sont très-fréquentes après la coqueluche, mais d'une part, cette lésion n'est pas constante, de l'autre, on l'observe souvent sans qu'il ait existé de symptômes de coqueluche ; enfin, on rencontre fréquemment aussi à la suite de cette maladie des traces de pneumonite, de pleurite, de congestion cérébrale, etc., et la diversité même de ces lésions dans une même affection, est peut-être la preuve la plus forte qu'aucune d'elles n'en est la véritable cause. La coqueluche n'a donc pas de caractères anatomiques appréciables qui lui soient propres, et cette particularité établit déjà sa nature nerveuse ; le caractère et la marche de ses symptômes achèvent de le démontrer. Ces symptômes prouvent aussi qu'elle a son siége tout à la fois dans les bronches, puisqu'il y a toux et sécrétion abondante de mucosités, dans l'estomac, puisqu'il y a vomissement, et dans les nerfs pneumo-gastriques puisqu'il y a simultanéité constante de ces deux ordres de phénomènes. M. Gendrin a communiqué à la Société de Médecine de Paris un fait bien propre à établir, ce nous semble, le rôle nécessaire que joue l'affection des nerfs

pneumo-gastriques dans la production des phénomènes de la coqueluche; c'est le suivant. Un jeune homme eut un abcès énorme à la région parotidienne; on donna issue au pus par une incision; une inflammation modérée s'empara, comme cela a lieu ordinairement, des parois de ce vaste foyer au fond duquel on apercevait à nu la carotide externe; et tout aussitôt, le malade fut pris d'une toux sonore, quinteuse, accompagnée de nausées, etc., semblable en un mot à celle de la coqueluche. MM. Dupuytren et Husson, qui voyaient alors le malade avec M. Gendrin, pensèrent comme lui que le nerf pneumo-gastrique participait à l'irritation des parties voisines et produisait les symptômes observés, et que ces symptômes se dissiperaient seuls à mesure que les parois du foyer se rapprocheraient et cesseraient d'être enflammées; l'événement justifia ce pronostic. C'est ici l'occasion de rappeler que MM. Autenrieth et Breschet ont trouvé quelquefois les nerfs pneumo-gastriques enflammés à la suite de la maladie qui nous occupe. Cette lésion est tellement rare, il est vrai, que M. Guersent ne l'a jamais rencontrée; mais son absence ne peut rien prouver contre l'irritation des nerfs pneumo-gastriques dans la coqueluche, si, comme nous croyons l'avoir établi, cette irritation est purement nerveuse; sa présence dans quelques cas concourt au contraire à démontrer que l'irritation de ces nerfs influe sur la production des symptômes de la maladie.

Causes. On ignore à peu près les causes de la coqueluche. On sait que le froid humide, les changemens de température, l'hiver, le printemps, l'enfance, le tempérament nerveux, prédisposent à la contracter; on sait aussi que toutes les causes de bronchite (voyez ce mot) peuvent la produire, et que le plus ordinairement même elle succède à cette phlegmasie, que quelquefois elle survient à la suite d'une rougeole, d'une scarlatine ou d'une variole; mais on pense assez généralement qu'il y a une cause qui nous échappe, une condition inconnue de l'atmosphère qui en provoque surtout le développement. Elle

règne très-souvent d'une manière épidémique; des faits assez nombreux nous ont convaincu de sa propriété contagieuse.

Symptômes, marche, etc. Les premiers symptômes de la coqueluche ne diffèrent pas ordinairement de ceux d'un rhume ordinaire, mais ils ne tardent pas à prendre le caractère particulier qui les distingue. La toux devient très-sonore et aiguë, et revient par quintes très-fatigantes, qui se répètent plus ou moins suivant la gravité de l'irritation. Les secousses de la toux se succèdent rapidement, et permettent à peine à l'enfant de faire des inspirations courtes, incomplètes, sifflantes. Il paraît près de suffoquer, il se cramponne après les corps environnans; la face et le cou sont bouffis et violets, les yeux sortent des orbites et sont larmoyans. La quinte se termine par le rejet d'un mucus filant, souvent accompagné du vomissement des alimens, et quelquefois par l'expectoration ou le vomissement d'un peu de sang pur ou mêlé au mucus ou aux alimens. Il n'est pas rare de voir le sang partir par le nez pendant les secousses de la toux; quelquefois, l'enfant rend involontairement les urines et les matières fécales. Après chaque quinte tout rentre dans l'ordre, l'enfant reprend ordinairement ses jeux comme s'il n'était pas malade; quelquefois, cependant, il lui reste du malaise et de la fatigue qui se dissipent promptement; d'autres fois, il éprouve pendant quelques instans de la pesanteur de tête et de la tendance au sommeil. Le nombre des accès est souvent très-considérable dans une même journée; il devient moindre à mesure que la maladie tire à sa fin. Des causes variées influent sur le retour des quintes: telles sont: le froid, une digestion pénible, les odeurs fortes, la poussière, la fumée, les affections morales et surtout la colère.

D'après M. Guersent (1), le sthétoscope, appliqué à la partie postérieure du poumon, à l'approche des quintes, fait quel-

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, tom. VI, pag. 9.

quefois entendre le râle muqueux, et d'autres fois ne fournit aucun signe. Pendant la quinte, dit encore cet excellent observateur, la respiration est complètement suspendue ; elle ne s'entend nulle part ; mais au moment de l'inspiration, l'air se précipite avec un sifflement très-sonore jusqu'à la bifurcation des bronches, et, ce qui est très-remarquable, il ne pénètre pas au-delà avant une ou plusieurs secondes.

La coqueluche ne s'accompagne pas ordinairement de fréquence de pouls, de perte d'appétit, de soif, de chaleur de la peau ; ainsi que nous l'avons dit plus haut, tout rentre communément dans le calme entre les quintes. Dans quelques cas, cependant, lorsque la bronchite est intense, ou bien lorsqu'il existe une autre phlegmasie, soit des poumons, soit de la plèvre, ou enfin lorsqu'elle est compliquée d'une rougeole, d'une scarlatine, ou d'une variole, on voit le pouls prendre de la fréquence, la peau devenir brûlante, la soif survenir, etc, et la maladie présenter alors d'autant plus de gravité que ces symptômes sont plus intenses. Hors ces cas, la coqueluche n'est pas en général une maladie dangereuse ; ce n'est que par ces complications qu'elle le devient. Cependant chez les très-jeunes enfans, elle est souvent très-grave par elle-même ; elle les fait périr dans un véritable état d'asphyxie. Sa durée ordinaire est de deux à trois mois ; elle se prolonge quelquefois pendant six mois. Elle peut reparaître après avoir complètement cessé.

Traitement. Il est peu de maladies qui se montrent aussi rebelles que la coqueluche aux agens thérapeutiques ; aussi en est-il peu contre lesquelles on ait employé un aussi grand nombre de médicamens. Chaque auteur à sa formule, chaque auteur vante son spécifique, et l'on ferait une longue liste des moyens *infaillibles* qui échouent tous les jours dans le traitement de cette maladie. Nous allons essayer de faire un choix parmi tous ces moyens.

Tant que la coqueluche est légère et exempte de complica-

tion, elle ne réclame d'autre traitement que l'emploi des gommeux, des mucilagineux, et des infusions béchiques et pectorales; tels sont les loochs, les sirops de gommes, de guimauve ou de capillaire, les infusions de fleurs de mauve, de violette, de bouillon blanc, de coquelicot; celles de tussilage, d'hyssope, de lierre terrestre, et on y joint avec avantage de petites doses de sirop diacode, de l'eau de fleurs d'oranger, et quelques sirops toniques, tels que ceux de Désessarts et de Boulay. On seconde l'emploi de ces moyens par des pédiluves chauds et sinapisés fréquemment répétés, et par de petites doses réitérées de sirop ou de pastilles d'ipécacuanha, lorsque la sécrétion des mucosités est très-abondante et obstrue les bronches, et surtout chez les jeunes enfans qui ne savent pas expectorer, et qu'un léger vomissement débarrasse. Il faut en même temps revêtir les malades de flanelle, éviter avec le plus grand soin de les exposer aux vicissitudes atmosphériques, et principalement au froid humide, les nourrir d'alimens de végétaux frais, mais non muqueux, et de facile digestion, de viandes de jeunes animaux grillées ou rôties, et écarter d'eux autant que possible tout sujet de contrariété.

Lorsque ces moyens combinés paraissent n'exercer aucune influence sur la marche des symptômes, lorsque ceux-ci loin de diminuer semblent s'accroître, on doit avoir recours à des révulsifs plus puissans que les pédiluves. Les vésicatoires aux bras ou sur la poitrine méritent surtout la préférence; les frictions avec la pommade d'Autenrieth sur la région épigastrique sont aussi très-utiles; on retire aussi quelques bons effets des sinapismes promenés sur diverses parties du corps; enfin on a recours encore, avec avantage, aux purgatifs doux et répétés.

Assez fréquemment la maladie résiste à cette double médication. Les auteurs conseillent alors d'administrer les antispasmodiques et les sédatifs. Parmi ces médicamens, les plus vantés sont : le musc, le camphre, l'assa-fœtida, le castoréum,

la valériane, l'oxyde de zinc, l'opium, la belladone, la jusquiame, le stramonium, la ciguë, la laitue vireuse, etc. : on emploie ces médicamens seuls ou combinés; sous toutes les formes possibles, en pilules, potions ou lavemens; et à des doses très-modérées, surtout pour les plus actifs.

Plusieurs auteurs vantent le quinquina vers la fin de la coqueluche; nous y avons eu recours quelquefois avec des avantages qui ne nous ont pas paru douteux; c'est le sulfate de quinine en lavemens que nous avons toujours préféré. Le poivre blanc, depuis six grains jusqu'à vingt-quatre et trente-six, suivant l'âge des enfans, nous a paru jouir aussi de quelque efficacité.

Mais de tous ces moyens, celui qui nous a paru le plus constamment efficace, c'est le changement fréquent d'air et de vêtemens. Jusqu'ici les auteurs se sont bornés à conseiller de transporter les malades à la campagne, sans se rendre compte du mode d'action; de ce moyen hygiénique; aussi n'en ont-ils obtenu que des effets incertains. Convaincus de la propriété contagieuse de la coqueluche, nous avons pensé que les malades devaient vicier sans cesse l'air au milieu duquel ils vivent, en le chargeant continuellement du miasme contagieux probablement sécrété par la muqueuse pulmonaire, et qu'ils devaient en outre en imprégner à chaque instant leurs vêtemens. Agissant d'après cette vue hypothétique, nous avons conseillé de transporter fréquemment les petits malades d'un lieu à un autre, de renouveler souvent leurs vêtemens, et de ne les ramener à un lieu qu'ils ont déjà occupé, comme de ne leur faire reprendre des habillemens qu'ils ont déjà portés, qu'après avoir purifié les uns et les autres en les exposant à la vapeur des chlorures. Nous faisions placer en même temps de ces chlorures en évaporation dans la pièce qu'ils habitaient. Déjà quelques guérisons assez rapides sont venues encourager les essais que nous nous proposons de continuer; il nous a suffi, dans quelques cas, de faire changer chaque

jour les enfans de chambre et de vêtemens, sans les sortir de Paris, pour obtenir les mêmes effets.

Tout ce qui précède n'est applicable qu'à la coqueluche simple et exempte de complications. Mais lorsque la bronchite, que nous avons dit l'accompagner presque toujours, est intense, lorsqu'une pleurite, une pneumonie, ou toute autre inflammation vient s'y joindre, lorsque même, sans aucune complication, le sujet est sanguin et pléthorique, il ne faut pas hésiter à recourir aux évacuations sanguines. Les saignées générales quelquefois, plus fréquemment les saignées locales sous les clavicules et sur les parties latérales du thorax ou sur le trajet des jugulaires, suivant les indications, doivent être employées en proportionnant leur nombre et leur abondance à l'âge et à la force des malades, et en se réglant sur les effets qu'on en obtient. M. Desruelles (ouvrage cité) conseille même les applications de sangsues sous les clavicules et aux tempes ou derrière les oreilles dans toutes les coqueluches, et paraît en avoir retiré d'assez bons effets pour engager les praticiens à l'imiter. Tant que dure ce traitement antiphlogistique, il faut s'abstenir des moyens précédemment indiqués, excepté de ceux qui sont pris dans la classe des adoucissans; et ce n'est que lorsque toute trace de phlegmasie a disparu qu'il est permis d'y avoir recours.

Nous ne parlerons pas ici des moyens préservatifs de la coqueluche conseillés par plusieurs auteurs; ils sont impuissans et à peu près généralement abandonnés de nos jours. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il faut éloigner avec soin les enfans des lieux où la coqueluche règne épidémiquement, et éviter même de les laisser communiquer avec tout enfant qui en est atteint, alors même qu'elle est sporadique.

De l'asthme.

D'abord employé pour signifier toute difficulté de respirer, restreint ensuite à ne plus exprimer que la *dyspnée intermittente, essentielle*, c'est-à-dire *supposée indépendante de toute lésion de tissu*, le mot *asthme* désignera pour nous *l'irritation nerveuse*, ou *la névrose de la membrane muqueuse pulmonaire, provoquant la convulsion des muscles respirateurs*.

Mais ce désordre de la respiration dépend-il bien de la cause que nous lui assignons? Ne pouvant pas entreprendre de résoudre ici cette question, nous devons faire connaître les opinions principales qui règnent aujourd'hui sur la nature de cette affection. Robert Brée définit l'asthme, une contraction excessive des muscles de la respiration, sans fièvre aiguë, déterminée par *une irritation qui a son siége dans quelques-uns des viscères aux fonctions desquels ces muscles participent* (1). Un autre auteur l'attribue à la lésion du cœur et des gros vaisseaux. Le docteur Georget pense qu'il consiste dans une irritation cérébrale déterminant la convulsion des muscles inspirateurs (2). Enfin M. Laennec croit que l'emphysème du poumon en est la cause la plus commune, et il admet en même temps l'existence d'une affection nerveuse du poumon (3). Toutes ces opinions se rapprochent en un point, c'est celui de la contraction convulsive des muscles de la respiration; elles ne diffèrent que sous le rapport de la cause à laquelle on doit attribuer cette convulsion. Ne serait-il pas possible que cette cause ne fût pas unique, et que l'asthme pût être également produit, *chez les individus prédisposés*, tantôt par la névrose de la muqueuse pulmonaire, tantôt par la lésion du cœur ou

(1) *Recherches pratiques sur les désordres de la respiration*, etc., par Robert Brée, traduit par Th. Ducamp.

(2) *Physiologie du système nerveux*, etc., tom. II.

(3) *Auscultation médiate*, etc., tom. II.

des gros vaisseaux, quelquefois par une irritation cérébrale, et parfois par l'emphysème du poumon ? S'il en était ainsi, l'opinion de Brée serait celle qui se rapprocherait le plus de la vérité.

Causes. L'asthme s'observe presque toujours chez des vieillards, très-rarement dans la jeunesse, beaucoup plus fréquemment sur des hommes que sur des femmes, et sur des individus replets que sur des sujets maigres. Il faut une prédisposition pour le contracter ; cette prédisposition paraît héréditaire, et est accrue et peut même être produite par tout ce qui tend à exalter l'irritabilité du système nerveux, comme la masturbation, l'abus des plaisirs vénériens, les passions vives, les violentes commotions morales tristes, les veilles, etc., et lorsqu'elle existe à un haut degré, ces mêmes causes suffisent pour faire naître la maladie. Les autres causes sont : les professions qui obligent à vivre au milieu d'une atmosphère chargée de poussière, et principalement des particules qui se dégagent de la laine, du coton, des fourrures, etc. ; les vapeurs irritantes, la fumée, les odeurs pénétrantes, le froid humide, les variations brusques de température, la chaleur excessive, les temps d'orage, le séjour dans un lieu trop échauffé ou dont l'air est vicié par la présence d'un trop grand nombre d'individus, l'abus des bains chauds, tout ce qui peut exercer une compression sur la poitrine ou sur le poumon lui-même, comme un épanchement dans la plèvre ; enfin celles qui sont communes à toutes les phlegmasies, savoir, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, d'une phlegmasie cutanée, articulaire, etc.

Symptômes. L'asthme revient ordinairement par attaques qui prennent presque toujours pendant la nuit, au moment où le malade se couche, ou bien au milieu de son sommeil. Ces accès sont plus ou moins intenses ; il commencent par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine ; le malade est presque aussitôt forcé de s'asseoir pour pouvoir res-

pirer plus à son aise ; il éprouve le besoin de l'air frais ; il lui semble qu'il manque d'air autour de lui ; il fait de grands efforts pour dilater sa poitrine ; il s'agite, tousse de temps en temps ; l'expiration est sifflante ou ronflante ; la face est pâle ou colorée ; les yeux sont saillans, le nez, les oreilles, les pieds et les mains sont froids, et la face et la poitrine sont couvertes de sueur. Tous les accès n'ont pas cette intensité ; ils consistent quelquefois dans une simple constriction de la poitrine avec expiration sifflante ; mais aussi ils sont parfois beaucoup plus violens. Le malade est réveillé tout à coup, au milieu de la nuit, par un besoin vif et pressant de respirer ; il veut dilater sa poitrine, mais une constriction insurmontable des parois de cette cavité s'y oppose ; il se met à son séant, se cramponne après son lit, les bras portés en arrière ; il élève ses épaules, redouble, en un mot, d'efforts pour écarter les parois du thorax et aspirer un peu d'air ; il parvient avec peine à faire une inspiration, mais elle est courte et brusquement interrompue ; il recommence avec aussi peu de succès : tous les muscles du corps entrent en contraction, comme pour concourir à procurer cette inspiration si désirée ; ses efforts restent vains : *De l'air... j'étouffe...*, répète-t-il à chaque instant ; sa parole est brève, entrecoupée, son visage pâlit ou s'injecte ; les yeux semblent sortir des orbites, les veines du cou sont gonflées, la face et la poitrine couvertes de grosses gouttes de sueur ; le pouls est petit, irrégulier, l'anxiété extrême. Après un temps plus ou moins long, la coloration du visage commence à devenir légèrement bleuâtre ; une toux saccadée, et qui met tout le corps en mouvement, se déclare, elle est suivie d'une expectoration abondante de mucosités claires et filantes ; la dilatation du thorax s'opère graduellemrnt avec plus d'ampleur et de facilité, et bientôt le malade fatigué se recouche et s'endort.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Nous avons déjà dit que l'asthme avait lieu par accès ; ils se répètent

toutes les nuits ou à quelques jours d'intervalle, se suspendent complètement pendant un temps plus ou moins long, ordinairement pendant l'été et les froids secs, pour se renouveler sous l'influence du froid humide ou des temps orageux. Chez quelques individus, l'asthme reparaît tous les mois avec une grande régularité, et chaque attaque se compose de trois, quatre ou cinq accès quotidiens, plus ou moins, dont l'intensité va en décroissant. Chez les femmes, ils précèdent ou suivent quelquefois l'apparition des règles. Leur durée est en général de deux, trois ou quatre heures, mais quelquefois elle est plus considérable; nous avons vu des accès durer trois ou quatre jours. Presque toujours quand les accès sont aussi prolongés, il n'y en a qu'un seul par attaque. Un des effets les plus fréquens de l'asthme est la dilatation anévrysmale du ventricule droit du cœur. Lorsque cet anévrysme est produit, et qu'il a acquis un certain volume, les accès se rapprochent, durent plus long-temps, et finissent même par devenir continus. Parvenue à ce degré, la maladie fait des progrès, et conduit plus ou moins rapidement le malade au tombeau.

Caractères anatomiques. L'asthme n'étant qu'une névrose, il n'existe pas de lésions qui lui soient propres. Mais comme il accompagne très-souvent, comme symptôme, un assez grand nombre de maladies des poumons, des gros vaisseaux ou du cœur, on rencontre presque toujours des lésions de ces organes. Les plus constantes sont: la dilatation anévrysmatique du cœur, l'anévrysme ou l'ossification des gros vaisseaux, l'emphysème du poumon, et l'inflammation chronique de la membrane muqueuse pulmonaire; mais on a vu l'asthme exister avec toutes les lésions possibles du poumon.

Traitement. L'obscurité qui règne encore sur cette maladie en rend le traitement incertain et purement empirique. Quand elle est récente, on peut employer avec succès la saignée du bras pendant l'accès; quelquefois elle diminue considérablement, mais le plus ordinairement elle n'agit que sur l'accès

suivant, qu'elle rend moins intense. Il suffit ordinairement de tirer trois ou quatre onces de sang pour obtenir ces effets; mais quand l'asthme est ancien, il est rare que ce moyen soit efficace; cependant il ne faut pas le repousser entièrement. Les pédiluves très-chauds ou l'application des sinapismes tiennent le second rang pour la promptitude avec laquelle ils soulagent. Les boissons froides acidulées, l'eau vinaigrée et laudanisée, viennent ensuite; ou en seconde l'effet par les potions contenant de l'extrait de jusquiame à la dose d'un ou deux grains, et par la vapeur tiède d'une décoction émolliente, dirigée dans les voies aériennes; ce n'est qu'avec prudence qu'il faut user de ce dernier moyen. On doit en même temps introduire de l'air frais dans la chambre du malade, tenir les croisées ouvertes, les rideaux de son lit écartés, le placer dans une position verticale, ôter tous les vêtemens qui pourraient gêner la poitrine, et éloigner toutes les personnes dont la présence n'est pas nécessaire. Vers la fin de l'accès, on facilite l'expectoration à l'aide d'oxymel simple ou scillitique, des pastilles d'ipécacuanha, des potions kermétisées, etc. Dans l'intervalle des accès, il faut essayer d'en prévenir le retour : à cet effet, on prescrit les ferrugineux unis aux antispasmodiques, les amers, les préparations de quinquina, les eaux minérales, les diurétiques, la digitale, l'acide hydrocianique, etc. On a quelquefois empêché le développement d'un accès par une perturbation violente au moment où le malade en ressentait les signes avant-coureurs. C'est ainsi qu'on a employé les bains de pied sinapisés et très-chauds, les sinapismes brûlans sur les extrémités, l'ingestion de quelques onces d'eau contenant quatre ou six gouttes d'ammoniaque liquide, etc. Mais l'emploi de tous ces moyens et des précédens, est subordonné à la condition de l'intégrité des voies digestives; car pour peu que la membrane muqueuse gastrique soit irritée ou trop irritable, ils nuisent, et les émolliens sont alors préférables. Le régime du malade est un

des points les plus importans de son traitement. Pour les jeunes gens et les individus pléthoriques, on le composera de viandes blanches, de végétaux non venteux et de l'eau pour boisson ; aux individus non sanguins ou âgés, surtout si la maladie est ancienne, on prescrira une alimentation plus substantielle, l'usage de viandes grillées ou rôties de préférence, en se bornant cependant à celle de mouton et de volaille, et au poisson ; pour boisson, l'eau vineuse ou le vin largement coupé avec une eau minérale acidule, et l'abstinence de tout ragoût salé ou épicé. Brée conseille l'usage de l'infusion de café après le repas ; nous l'avons souvent employé avec un succès complet ; il conseille également les bains froids de temps à autre. L'exercice modéré, celui du cheval ou de la voiture, sont des plus utiles. Il n'est pas possible de déterminer d'une manière générale les lieux que doivent habiter les asthmatiques ; car il en est qui ont besoin de l'air vif de la campagne et des lieux élevés, tandis que d'autres ne sont bien qu'au sein de l'atmosphère épais et humide des vallées ou des grandes villes.

De l'asthme convulsif des enfans.

Les enfans sont quelquefois pris de symptômes effrayans de dyspnée auxquels on a donné les noms d'*asthme aigu de Millar*, *asthme convulsif des enfans*, *asthme spasmodique*, *catarrhe nerveux suffocant des enfans*. Les causes n'en sont pas connues; son invasion est brusque comme celle du croup et a souvent lieu pendant la nuit; la mort en est quelquefois la suite. Ses symptômes consistent dans une difficulté considérable de respirer, une sorte de compression, de constriction de la poitrine qui l'empêche de se dilater, une respiration plaintive, courte et semblable à une suite d'expirations précipitées, avec toux sèche, anxiété extrême à la région précordiale, et fréquence de pouls. M. Emangart en a rapporté quatre observations dans son *Traité pratique du croup* (1); nous n'en avons observé

(1) Pag. 136 et suiv.

qu'un exemple, et l'enfant a succombé. Cette dypsnée est ordinairement remittente. Quand on l'a observée une seule fois, il n'est plus possible de la confondre avec le croup comme l'ont fait quelques médecins, ni avec aucune autre affection de la poitrine. Elle nous paraît consister bien évidemment dans une névrose. M. Guersent dit avoir vu succomber plusieurs enfans à une dypsnée essentielle, qui nous paraît l'asthme aigu ; chez deux de ces enfans, il a examiné avec le plus grand soin l'état de tous les organes, et il n'a rencontré aucune lésion anatomique qui pût expliquer la maladie (1). On voit par les observations de M. Emangart, que le laudanum administré à doses assez fortes, est un moyen très-efficace pour suspendre le cours de cette maladie et en prévenir les accès.

Du spasme du pharynx, ou pharyngo-spasme.

Cette névrose consiste dans une constriction spasmodique du pharynx, souvent accompagnée de sécheresse et de douleur, mais sans coloration ni chaleur de la membrane muqueuse. Elle se manifeste ordinairement au moment où des alimens ou des boissons vont franchir l'isthme du gosier, et s'oppose quelquefois complètement à leur déglutition. Ses causes les plus fréquentes sont les chagrins violens, et surtout ceux dont on n'a pu se soulager par des pleurs. Les fumigations émollientes et narcotiques, et les pédiluves chauds, suffisent ordinairement pour dissiper cette affection, qui est rarement de longue durée. Le camphre a paru quelquefois utile.

Du spasme de l'œsophage, ou œsophagisme.

Dans cette névrose, le bol alimentaire franchit aisément le pharynx, mais, arrivé à une certaine distance dans l'œsophage, il s'arrête, occasione une douleur qui se fait ressentir entre les deux épaules, et quelquefois est rejeté par un effort

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, tom. III, pag. 126.

de vomissement. Cette constriction spasmodique de l'œsophage est souvent le symptôme de l'inflammation de sa membrane muqueuse ; elle est fréquemment sympathique d'une irritation de l'utérus ; on l'observe quelquefois dans la grossesse. Les causes en sont peu connues lorsqu'elle est idiopathique ; l'ingestion d'une boisson glacée paraît l'avoir produite quelquefois d'une manière instantanée, principalement après un emportement de colère. On la guérit par les antispasmodiques, tels que le musc, le castoréum, le camphre, l'assa-fœtida, etc., administrés dans des lavemens ; par des révulsifs sur les extrémités inférieures, ou par l'application d'un vésicatoire dans la région du dos où se fait ressentir la douleur. Nous l'avons vu cesser immédiatement par l'effet d'un seul bain tiède.

De l'hypocondrie.

En traitant de la gastrite chronique, nous avons dit que chez les individus nerveux, très-irritables, cette phlegmasie produisait quelquefois des symptômes nerveux qui lui donnaient un aspect particulier, que l'on désigne sous le nom d'*hypocondrie*. Quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps, cette assertion repose sur de nombreux faits d'observation et chaque jour en confirme la justesse. Mais il est une forme d'irritation non inflammatoire de l'estomac, une irritation nerveuse, une névrose de la membrane muqueuse de cet organe, qui s'accompagne plus fréquemment encore de ces accidens nerveux ; c'est à cette névrose que nous donnons principalement le nom d'*hypocondrie*. M. Barras l'a décrite tout récemment sous le nom de *gastralgie*, dénomination impropre puisque la douleur n'est pas un des symptômes ordinaires de cette affection (1).

(1) *Traité sur les gastralgies et les entéralgies, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins*, par J. P. T. Barras, 1 vol. in-8°, 2e édit., 1827. En appelant l'attention des médecins vers cette névrose de l'estomac, M. Barras a rendu un véritable service à la science ; mais nous craignons qu'il n'ait

Causes. Les femmes, et les individus nerveux et très-irritables, ceux qui sont nés de parens nerveux et hypocondriaques, sont plus exposés que les autres à contracter l'hypocondrie. Elle peut se développer chez eux sous l'influence de toutes les causes ordinaires de la gastrite ; mais on la voit plus fréquemment produite chez tous les individus en général, par les affections morales vives et prolongées, par les travaux de cabinet et principalement ceux qui exigent une forte contention d'esprit, surtout lorsqu'on s'y livre trop peu de temps après le repas, par la vie sédentaire, les excès vénériens, l'onanisme, l'aillaitement trop prolongé, une salivation excessive, la leucorrhée abondante, les jeûnes, l'abstinence, l'usage du vin blanc, et l'abus du café et du thé. Son développement est favorisé par les grandes chaleurs, par les temps orageux et pendant lesquels l'air est chargé d'électricité, par toutes les vicissitudes atmosphériques, et par la trop grande humidité de l'air. M. Barras pense que les hémorrhagies abondantes, les évacuations sanguines et principalement l'abus des saignées locales à

dépassé le but qu'il s'était proposé, et n'ait jeté beaucoup de praticiens dans un excès plus dangereux que celui qu'il a voulu réprimer. Qu'il nous soit permis de faire remarquer ici, combien sont peu fondées les critiques amères dont M. Barras a rempli son livre. Il accuse tous les médecins physiologistes de ne voir partout que des phlegmasies, de retrancher la *classe des névroses*, etc., et cependant, long-temps avant la publication de son premier Mémoire (1), le premier volume de la première édition de cet ouvrage avait paru, et M. Barras avait pu y voir que nous admettions *treize* classes de maladies, que les phlegmasies ne formaient qu'un des six ordres de l'une de ces classes, et que les *névroses*, parmi lesquelles s'en trouvaient plusieurs de l'estomac, y tenaient le même rang. Nous méritions peut-être que M. Barras fit une exception en notre faveur ; la justice et la bonne foi lui en faisaient peut-être un devoir. Mais c'est aujourd'hui une chose obligée, que de répéter à tout propos que la nouvelle doctrine regarde toutes les maladies comme des inflammations, et M. Barras n'a pas voulu se priver d'un aussi beau thème à déclamations.

(1) *Revue médicale*, novembre et décembre 1825, et janvier 1826.

l'épigastre, l'usage long-temps prolongé des alimens atoniques, du poisson, des farineux, des boissons aqueuses, délayantes et mucilagineuses, peuvent aussi produire l'hypocondrie. Cette assertion peut être vraie pour les évacuations sanguines qui, chez beaucoup d'individus, ont pour effet d'accroître l'irritabilité du système nerveux; mais elle ne nous paraît pas encore démontrée par les boissons et les alimens cités, bien que les raisonnemens, à l'aide desquels M. Barras étaye son opinion, nous semblent dignes d'exciter l'attention.

Symptômes, *marche*, *durée*, etc. Les symptômes de l'hypocondrie sont nombreux et très-variés, il n'est pas toujours facile de les distinguer de ceux de la gastrite chronique; essayons d'en tracer les caractères.

Lorsqu'un malade se présente avec des troubles dans les digestions, s'il est d'un tempérament nerveux, s'il a déjà été affecté de névroses, si sa maladie s'est développée sous l'influence de causes morales, si elle paraît n'avoir pas influé sur son teint, son embonpoint et ses forces, s'il s'en exagère la gravité, on peut déjà soupçonner que son affection est de nature nerveuse. On n'en pourra plus douter s'il éprouve les symptômes suivans: douleur à la région épigastrique, rapide, passagère, intermittente, réveillée par toutes les sensations vives et surtout par les émotions pénibles, soulagée au contraire par la pression, et se faisant sentir jusque dans les parois du thorax, le dos et les épaules; sensation de gonflement subit de l'estomac, de chaleur ou de froid vif, ou de formication, à l'intérieur de cet organe; battemens artériels vifs, forts, intermittens, à l'épigastre ou dans les hypocondres; nausées, éructation de gaz insipides et inodores; langue blanche, plate et humide; quelquefois démangeaison ou sentiment de picotement et de goût poivré sur cet organe; absence de soif, et de mauvais goût à la bouche; appétit variable, bizarre, capricieux, mais rarement nul; contact des alimens senti quelquefois sur la muqueuse digestive; digestions quelquefois douloureuses, pénibles, accom-

pagnées de nausées, de rapports, de coliques, et d'autres fois, faciles, non senties, rapides, et, dans tous les cas, finissant par s'achever complètement; vomissemens fréquens de liquides et de mucosités, rarement d'alimens solides; constipation très-opiniâtre; urines fréquentes, claires et limpides; pouls petit, rarement fréquent; étouffement; palpitations; sensations variées dans toutes les régions du corps; inquiétude vive du malade sur sa santé; tristesse; dégoût de la vie; crainte de la mort; attention continuellement fixée sur son estomac; frayeur aux moindres sensations qu'il éprouve vers cet organe; crainte de prendre des alimens, soin minutieux dans leur choix et leur préparation; persuasion intime d'être affecté d'une maladie mortelle; et de toutes celles dont il entend parler; apathie, indifférence pour les autres; égoïsme (Barras).

On pense bien qu'il n'est pas nécessaire que tous ces symptômes soient réunis pour caractériser une hypocondrie : ainsi, par exemple, la douleur gastrique n'existe pas toujours, et les symptômes de tristesse, de crainte de la mort, etc.; ceux, en un mot, que l'on désigne plus spécialement en général sous le nom de symptômes d'hypocondrie, bien que les plus constans ne se montrent pas dès le début de la maladie; ils ne se manifestent ordinairement que lorsqu'elle dure déjà depuis quelque temps. Mais il faut cependant en réunir un certain nombre pour pouvoir porter un diagnostic précis. Quelques particularités de la marche de la maladie décèlent surtout sa nature nerveuse. Ainsi les distractions, les voyages, et même une simple promenade à la campagne, quand le malade habite une grande ville, suffisent pour suspendre tous les accidens; souvent même ils disparaissent tout-à-fait pendant quelque temps sans cause connue; ils se renouvellent pour la cause morale ou physique la plus légère; enfin, la maladie dure quelquefois un grand nombre d'années sans diminuer ni les forces, ni l'embonpoint du malade. Malgré tous ces signes cependant, on est parfois fort embarrassé pour prononcer sur la nature du mal; dans

ces cas, il faut avoir recours à une sorte de pierre de touche qui dissipe bientôt toute incertitude. On prescrit une application de sangsues à l'épigastre, ou seulement l'usage exclusif du lait et des bouillies pendant quelques jours, et si l'irritation de l'estomac est nerveuse, on en est promptement averti par un accroissement des symptômes que détermine presque toujours cette médication.

L'hypocondrie n'est pas une maladie grave ; elle ne le devient que lorsque la violence de la douleur gastrique ou l'abus des excitans finissent par déterminer une congestion sanguine de la membrane muqueuse de l'estomac, et provoque son inflammation. Elle n'a pas de caractères anatomiques appréciables. Quelques auteurs ont voulu en placer le siége exclusif dans le cerveau (Georget, Falret, Gaulthier de Claubry); mais nous pensons avec Pinel, MM. Louyer-Villermay, Esquirol, Broussais, Barras, etc., que le point de départ de tous les accidens dans cette maladie est la muqueuse gastrique. Il faut créer un autre nom pour l'affection cérébrale que l'on confond avec l'hypocondrie, et avant tout en bien spécifier les caractères.

Traitement. Le traitement de l'hypocondrie réclame plutôt des moyens hygiéniques que des médicamens ; c'est par le régime, l exercice, l'air de la campagne, et des moyens moraux, qu'on en obtient en général la guérison. Le régime se compose de potages gras, d'œufs frais, de viandes rôties ou grillées, de légumes au jus, et de vin de Bordeaux. Ces alimens doivent être pris froids autant que possible; leur quantité est proportionnée à l'appetit des malades, à moins qu'il n'y ait *boulimie ;* le nombre des repas ne doit pas dépasser deux à trois par jour ; il importe qu'ils soient faits à des heures réglées. Quand la sensibilité de l'estomac est trop vive, il faut commencer par des alimens doux, tels que les soupes maigres, les viandes blanches, les fruits cuits, et n'arriver que graduellement à des substances plus toniques, telles que celles que nous avons indiquées les

premières. On doit au reste tenir compte des goûts et des répugnances des malades, et y céder autant que possible.

En même temps que l'on soumet le malade au régime indiqué, il faut essayer d'agir sur son moral en calmant ses craintes chimériques sur sa maladie, en détournant son attention sur d'autres objets, et en cherchant à écarter ou à détruire la cause morale qui a produit l'hypocondrie. Un exercice doux et modéré, le jardinage, l'équitation, etc., et l'habitation à la campagne, secondent parfaitement les effets de ces moyens et en assurent le succès, on doit donc toujours les recommander.

Mais il est des cas dans lesquels on ne peut pas se borner au seul emploi des moyens précédens, et où il faut avoir recours à de plus actifs. C'est ainsi que dans les cas où la douleur gastrique est très-violente, dans ceux où la maladie s'est déclarée à la suite de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, enfin chez les sujets pléthoriques, on retire d'excellens effets d'une ou plusieurs applications de sangsues à l'épigastre, à l'anus ou à la vulve, suivant l'indication. On prescrit avec avantage à quelques malades, l'eau de veau et celle de poulet, dans les premiers temps de la maladie; on les remplace plus tard par des boissons successivement plus excitantes; M. Barras dit avoir retiré d'excellens effets de l'infusion sucrée de gland de chêne brûlé; nous avons souvent employé l'eau de Seltz avec succès. A mesure que la maladie tire à sa fin, on peut augmenter encore les propriétés toniques des boissons, et prescrire les infusions de chicorée, de rhubarbe, d'absynthe, de petite centaurée, de quinquina, l'eau ferrée, les eaux minérales, etc. Si les douleurs gastriques sont vives, on réussit à les calmer par de l'eau à la glace, et par des applications de glace pilée sur la région épigastrique, mais le meilleur moyen d'y parvenir est l'opium à l'intérieur ou à la surface d'un vésicatoire; quand ces douleurs sont moins fortes, il suffit seulement d'un emplâtre de thériaque et d'opium à l'épigastre pour les faire cesser. On a aussi employé dans le début, mais aussi avec moins de succès,

l'extrait de jusquiame, l'eau de laurier-cerise, la belladone et d'autres stupéfians; Schmidtmann fait le plus grand éloge de la noix vomique (en poudre, depuis deux jusqu'à six grains, en extrait, un grain de trois en trois heures). Quelques auteurs ont aussi vanté l'oxyde de bismuth, la menthe poivrée, et tous les anti-spasmodiques; mais il ne paraît pas que tous ces moyens jouissent de l'efficacité qu'on leur attribue. Enfin, on a dans quelques cas fait appliquer avec succès des vésicatoires ou des moxas sur la région de l'estomac. Les bains frais et prolongés sont très-avantageux; on se trouve bien aussi de l'administration de la magnésie chez les personnes qui vomissent beaucoup de mucosités, et de quelques purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, lorsque la constipation est ancienne et opiniâtre.

Tels sont les moyens généralement usités contre l'hypocondrie. Tout en les conseillant, nous devons rappeler aux praticiens que l'irritation nerveuse de l'estomac touche de près à son irritation inflammatoire, que souvent même ces deux modes d'irritation s'y trouvent combinés, et qu'il faut par conséquent savoir s'arrêter si on s'aperçoit que le traitement tonique aggrave les accidens, de même qu'on doit cesser immédiatement l'emploi des antiphlogistiques si on le voit manifestement suivi d'un accroissement de symptômes. Quelquefois on ne peut obtenir la guérison qu'en combinant ces deux ordres de moyens. Dans les cas douteux, il y a toujours moins de danger à commencer le traitement par les antiphlogistiques que par les toniques.

Du vomissement nerveux.

Le vomissement nerveux est presque toujours symptomatique de l'affection d'un organe éloigné, comme de l'irritation de l'utérus par la présence du fœtus, de celle du rein ou des uretères par un calcul, ou d'une irritation encéphalique. Il ne réclame alors aucune médication; et le traitement doit être di-

rigé contre l'affection principale. Celui qui dépend de l'état de grossesse mérite cependant une exception. On l'a combattu avec succès par l'eau de menthe, la liqueur minérale anodyne d'Hoffmann, la racine de colombo, le carbonate de potasse, la magnésie. Nous l'avons fait cesser plusieurs fois par l'usage des glaces de limonadier; mais le moyen le plus efficace est la saignée du bras. On ne doit avoir recours à ces moyens que lorsque le vomissement est continuel et violent, et ne pas s'en occuper lorsqu'il est léger. Malgré l'état de grossesse, si le vomissement était l'effet de la phlegmasie de la membrane muqueuse gastrique, il faudrait le combattre par les antiphlogistiques, c'est-à-dire traiter la gastrite comme il a été dit dans l'histoire de cette maladie.

Le vomissement nerveux est souvent occasioné par le mouvement d'un voiture et par le roulis d'un navire. On s'en débarrasse ordinairement sans remèdes, à mesure que l'on s'habitue à ces mouvemens. Les marins conseillent contre le dernier l'ingestion des liqueurs spiritueuses, et en particulier du rhum.

On ne connaît pas les causes du vomissement dépendant de la névrose non sympathique de l'estomac. On juge de sa nature par l'absence de toute irritation éloignée dont il puisse être le symptôme, et par son intensité, qui n'est nullement en harmonie avec la faiblesse des autres symptômes d'irritation gastrique. Ainsi, il n'y a pas de chaleur de la peau, de soif, de fréquence du pouls, de rougeur de la langue, et cependant les vomissemens sont violens et continuels; la douleur épigastrique seule est quelquefois très-vive; ces cas sont rares. On traite ces vomissemens par l'éther, l'opium, l'eau de fleurs d'oranger et le musc à petites doses, déposés sur l'estomac lui-même, ou par le camphre et l'assa-fœtida en lavemens. La potion de Rivière, et en général toutes les boissons contenant de l'acide carbonique, sont ordinairement d'un grand secours, mais les boissons à la glace, et légèrement acidulées, sont peut-être encore plus

efficaces. Quelquefois on est obligé d'en venir à l'application d'un vésicatoire ou d'un moxa sur la région épigastrique, pour mettre un terme à ces vomissemens.

De la gastralgie, cardialgie, gastrodynie, épigastralgie.

Quelques individus sont, de temps à autre, pris tout-à-coup de douleurs vives, et quelquefois atroces, dans un point de l'estomac, se faisant sentir en même temps à la région épigastrique et dans le dos, accompagnées ou non de vomissemens, avec sentiment de constriction, anxiété plus ou moins forte, et communément des défaillances. Cet état dure rarement au-delà de quelques heures, dix à douze au plus; nous l'avons vu cependant se prolonger pendant plusieurs jours. Enfin, il se dissipe, et les malades jouissent ensuite de toute l'intégrité de leurs fonctions digestives, souvent pendant un assez long laps de temps, comme plusieurs mois, et même une année. Peut-on dire que ces individus soient atteints d'une gastrite chronique? Nous ne le pensons pas. Sans doute ces symptômes accompagnent le plus ordinairement une gastrite chronique, mais d'autres phénomènes, indiquant le trouble des digestions ou un état de souffrance continue de l'estomac, s'y joignent alors. Or, cela n'a pas lieu dans le cas qui nous occupe: nous en avons déjà observé d'assez fréquens exemples; nous ne pouvons donc y voir qu'une névrose de l'estomac. On ignore les causes particulières de cette affection; ce sont probablement toutes les stimulations gastriques chez des individus prédisposés. Les auteurs lui assignent toutes celles de la gastrite; mais il faut se rappeler que cette phlegmasie ne leur était pas connue, et qu'ils la confondaient avec la névrose qui nous occupe, sous les dénominations ci-dessus indiquées. Les moyens qui paraissent soulager le plus promptement les malades dans cette affection, sont des linges chauds appliqués sur l'épigastre, les potions éthérées, les pédiluves chauds ou les sinapismes aux

pieds, et surtout les bains. Plusieurs auteurs ont beaucoup vanté l'oxyde de bismuth : nous ne l'avons jamais employé ni vu employer. M. le docteur François nous a communiqué une observation très-intéressante de gastralgie des plus intenses, rebelle aux évacuations sanguines, aux bains et aux antispasmodiques, qui céda très-promptement à l'emploi du suc de laitue. Dans la gastralgie qui suit la cessation subite des douleurs articulaires, on doit, par des rubéfians, rappeler l'irritation au siége qu'elle a quitté, et la combattre par les linges chauds et les potions éthérées sur le nouveau siége qu'elle occupe. Mais il ne faut pas oublier un instant, qu'un degré presque insensible sépare la névrose de la phlegmasie, afin de se tenir toujours en garde contre celle-ci, d'éviter de la produire, et de l'attaquer immédiatement par les moyens connus si elle se déclare.

Du pyrosis.

Il arrive fréquemment qu'après une digestion pénible, surtout le matin, au réveil, après un repas du soir trop copieux, on éprouve dans l'estomac une sensation de chaleur brûlante qui se propage dans l'œsophage, et est suivie de l'éructation d'un liquide limpide très-âcre et brûlant la gorge. C'est à cette sensation, lorsqu'elle est très-intense et continue, qu'on a donné le nom de *pyrosis* ou *fer chaud*. Ce n'est plus là une névrose, mais bien une nuance de la gastrite, qui doit sa forme à la nature de la cause qui l'a produite ; car il est remarquable qu'elle suit principalement les digestions difficiles de substances âcres, comme les viandes salées ou fumées, le lard rance, etc. Les boissons sucrées et fermentescibles, comme le cidre, concourent aussi à sa production. On sait que dans les pays du Nord, où l'on fait un usage fréquent des alimens ci-dessus et de boissons analogues au cidre, le pyrosis est très-commun. On le traite, dans ces contrées, par l'usage des viandes fraîches et du laitage. On emploie avec succès la magnésie calcinée

contre cette affection, lorsqu'elle est accidentelle et passagère; mais quand elle est liée à l'existence d'une gastrite d'une certaine durée, on ne la guérit que par les moyens qui conviennent dans cette phlegmasie.

Du pica ou malacia.

Cette singulière névrose de l'estomac consiste dans une perversion de l'appétit, qui fait repousser les alimens ordinaires et rechercher des substances dont personne ne fait usage, et qui n'ont même aucune propriété nutritive, telles que du charbon, du gravier, etc. On ne l'observe guère que chez quelques enfans maigres et très-nerveux, chez les jeunes filles chlorotiques et non menstruées, et chez les femmes enceintes. On emploie encore contre cette affection les antispasmodiques que nous avons indiqués contre les affections précédentes; on y joint souvent les ferrugineux, les amers et le quinquina. Quelquefois on ne parvient à la faire cesser que par l'emploi des émolliens. Les émétiques ont parfois été suivis de la guérison; il en a été de même de la saignée. Le traitement de cette névrose est tout-à-fait empirique.

De la boulimie.

Nous avons dit que la boulimie était quelquefois le symptôme d'une gastrite chronique: il arrive quelquefois aussi qu'elle dépend d'une irritation nerveuse de la membrane muqueuse gastrique. Elle consiste dans une faim excessive et parfois insatiable, avec la faculté pour le malade de pouvoir digérer sans douleur la masse d'alimens qu'il ingère; car, sans cette dernière condition, la boulimie n'est plus qu'un symptôme de gastrite. La présence des vers dans le conduit intestinal en est une des causes les plus ordinaires; elle accompagne presque toujours le diabétès; enfin, elle se manifeste fréquemment dans la convalescence des phlegmasies aiguës, et principalement

des voies digestives. On la fait cesser, dans le premier cas, en expulsant les vers; dans le second, en guérissant le diabétès; dans le troisième, elle se dissipe ordinairement d'elle-même. En général, les personnes qui en sont atteintes ne doivent pas céder à leur appétit vorace; et s'il ne dépend pas de la présence des vers ou du diabétès, elles parviennent assez facilement à s'en débarrasser en n'usant, pendant quelques jours, que d'alimens fades, muqueux, farineux et non salés. Chez quelques individus, la boulimie paraît être un état naturel.

De l'entéralgie, coliques nerveuses, iléus.

La colique est-elle toujours le symptôme de la phlegmasie des intestins? Non, sans doute; elle n'est souvent l'effet que d'une simple irritation qui ne s'élève pas à la phlogose. Mais existe-t-il des coliques nerveuses dans le sens que nous attachons à ce mot, c'est-à-dire des douleurs ayant leur siége dans la membrane muqueuse intestinale, et que n'accompagnent ni une injection sanguine, ni un appel de fluides blancs proportionnel à leur intensité, ou, en d'autres termes, des affections de cette membrane dans lesquelles la douleur soit le phénomène prédominant et principal? on n'en saurait douter, les exemples en sont assez nombreux. On voit fréquemment des individus qui sont pris tout à coup d'une douleur vive dans un point de l'abdomen. Cette douleur est mobile; elle diminue et s'exaspère tour à tour, n'augmente pas par la pression, et est souvent soulagée par elle. La contraction spasmodique des parois abdominales, des borborygmes, la constipation, une anxiété générale, la pâleur et l'altération de la face, l'abattement, l'inquiétude, la petitesse et quelquefois l'inégalité du pouls, les sueurs froides et même les défaillances, l'accompagnent. Cet état, que nous avons vu se prolonger pendant un jour et demi, ne dure ordinairement que quelques heures, après lesquelles il ne reste qu'un peu de

fatigue dans les membres. Est-ce là une phlegmasie ou une simple irritation? Qui peut se refuser à y voir une névrose?

Ordinairement ces accidens se dissipent d'eux-mêmes. On les combat avec succès par les potions huileuses, l'éther et l'opium, séparément ou réunis; les lavemens émolliens et narcotiques, les cataplasmes de même nature, ou tout simplement des serviettes chaudes sur l'abdomen, et les infusions tièdes de tilleul, de feuilles d'oranger, de fleurs de camomille, de thé, etc. Dans un cas de cette espèce, nous avions vainement employé tous ces moyens pendant plus de vingt-quatre heures, lorsqu'un bain entier dissipa tout comme par enchantement. A défaut de bains entiers, on peut employer les demi-bains. Les causes de cette affection ne sont pas toujours évidentes; l'impression du froid et les émotions vives, gaies ou tristes, sont les plus communes. On l'observe ordinairement sur des personnes nerveuses et sédentaires.

Cette affection existe souvent à l'état chronique, et c'est alors qu'on lui donne plus spécialement le nom d'*entéralgie*. Outre les symptômes que nous venons d'indiquer, elle est souvent accompagnée dans ce cas des symptômes nerveux auxquels on applique ordinairement le nom d'*hypocondrie*. C'est alors par les moyens que nous avons indiqués contre l'hypocondrie proprement dite, qu'il faut la combattre; les moyens ci-dessus indiqués lui conviennent également.

On a donné le nom d'*iléus* à la même affection accompagnée de vomissemens continuels des matières contenues même dans les intestins. Mais on a dit qu'il dépendait presque toujours de l'inflammation gastro-intestinale, d'une hernie étranglée, de la présence des vers ou de matières fécales endurcies, ou d'autres corps arrêtés dans les intestins, etc.; en un mot, dans l'étude des causes, on n'a plus fait de l'iléus que ce qu'il est réellement, un symptôme. Cependant il existe un iléus nerveux ou spasmodique, dont on se fera facilement une idée, en réunissant les symptômes de la colique et du vomissement nerveux.

Du spasme du rectum.

Le rectum se contracte quelquefois convulsivement sous l'influence d'une irritation légère de sa membrane muqueuse. Cet accident arrive principalement chez les personnes habituellement constipées, chez les individus nerveux, et surtout chez les femmes; peut-être aussi la constipation dont ces individus sont atteints est-elle plutôt le symptôme du spasme qu'elle n'en est l'effet. Quoiqu'il en soit, la constipation et l'impossibilité de prendre des lavemens sont les seuls symptômes par lesquels cette affection se manifeste. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent qu'il est arrêté par une coarctation de l'intestin, et non par une altération de ses parois; cette exploration ne provoque pas de douleur. Il est rare qu'on soit appelé à remédier au spasme du rectum; cependant cela arrive quelquefois. On peut souvent le prévenir chez les personnes habituellement très-constipées, en prescrivant un régime doux et relâchant, et des lavemens émolliens. Lorsqu'il existe déjà, on emploie encore les mêmes moyens; et de plus, les douches ascendantes d'eau froide, ou d'eaux sulfureuses; et si l'on ne réussit pas à le faire cesser, on a recours à la dilatation. A cet effet, on introduit dans le rectum une tente de charpie ou une bougie emplastique, enduite d'un mélange de cérat et d'extrait de belladone; on la pousse d'abord dans une direction perpendiculaire au périnée; et, après un pouce de trajet, on l'enfonce dans la direction de la courbure du sacrum; on ne la laisse d'abord séjourner qu'une demi-heure, ensuite toute la journée; on en augmente progressivement le volume.

Du spasme de l'anus.

Le contour de l'ouverture de l'anus devient quelquefois le siége d'une contraction spasmodique de son sphincter externe, fort incommode en ce qu'elle apporte beaucoup d'obstacle à la

défécation et qu'elle détermine même quelquefois la rétention prolongée des matières fécales. Si l'on veut introduire le doigt dans le rectum, on éprouve beaucoup de résistance, et pour franchir l'obstacle on détermine une vive douleur ; mais on ne rencontre ni tumeurs, ni brides, ni engorgement de la membrane muqueuse, et cela éclaire sur la nature spasmodique de l'affection. On la combat par les mêmes moyens que la précédente ; c'est-à-dire par un régime relâchant, les lavemens, les douches ascendantes, l'extrait de belladone, et la dilatation.

Du spasme de la vessie.

Les causes de cette névrose sont peu connues ; les affections morales tristes paraissent être les plus fréquentes. Elle peut être produite par la suppression d'une dartre, du flux hémorrhoïdal, des menstrues, etc. On l'observe principalement sur des personnes de trente à quarante ans, faibles et très-nerveuses. On la reconnaît à une douleur vive, subite, avec sentiment de constriction, qui se manifeste dans la région hypogastrique, et se propage quelquefois jusqu'à l'extrémité de l'urèthre. L'urine se supprime ; et si l'on sonde le malade, ce à quoi l'on ne parvient qu'avec beaucoup de difficultés, et ce qui même est impossible dans la violence du spasme, on trouve peu d'urine dans la vessie. Le malade n'éprouve pas d'envies d'uriner, mais il est agité, il ressent des angoisses, il est constipé ; son pouls est petit et souvent irrégulier. Une abondante évacuation d'urine claire et aqueuse termine ordinairement ces symptômes. La durée du spasme de la vessie est ordinairement longue ; il est sujet à de fréquentes récidives, et guérit difficilement. On y remédie par les boissons délayantes, mucilagineuses et émollientes, les applications de sangsues au périnée, les demi-bains et les bains entiers, les lavemens émolliens et narcotiques, les embrocations huileuses et camphrées, ou les fomentations émollientes et narcotiques sur la région hypogastrique ; et quand la violence du spasme a été diminuée

par ces moyens, on a recours aux pédiluves sinapisés, aux vésicatoires sans cantharides aux cuisses, et à l'usage intérieur des potions éthérées et camphrées. Pour en prévenir le retour, les auteurs conseillent l'emploi des antispasmodiques, tels que la valériane, l'assa-fœtida, et l'oxyde de zinc. L'usage de boissons délayantes, et prises en grande quantité; un régime doux, et privé de toutes substances stimulantes; les bains tièdes ou froids, et l'exercice, nous paraissent plus propres à atteindre ce but, que cette foule de médicamens décorés du nom d'*anti-spasmodiques*, qui nuisent aussi souvent au moins qu'ils sont utiles.

Du spasme de l'urèthre.

L'uréthrite laisse quelquefois après elle une sensibilité plus vive que dans l'état naturel de la membrane muqueuse du canal de l'urèthre. La moindre cause, telle que le froid aux pieds ou quelques boissons stimulantes, la réveille et l'exalte encore, et souvent une douleur vive se fait sentir tout à coup dans un des points de l'étendue de ce canal ; souvent aussi cette douleur n'est éveillée que par le contact de l'urine, et alors l'urèthre se contracte convulsivement, et l'émission de ce liquide est rendue très-difficile et même impossible pendant quelques instans. Ce spasme peut encore être produit par la seule introduction d'une sonde d'argent froide et non enduite de cérat. Quand on retire une sonde qui, par son séjour trop prolongé dans la vessie, s'est chargée de quelques incrustations, si on ne la remplace pas immédiatement par une autre, qu'on attende seulement quelques minutes, le cathétérisme peut devenir impossible ; la nouvelle sonde se trouvant arrêtée par la portion du canal contractée convulsivement par suite du froissement qu'elle a éprouvé. Mais quelle que soit la cause du spasme de l'urèthre, les symptômes sont toujours les mêmes : l'excrétion des urines devient tout à coup difficile et douloureuse ; elle est souvent suivie d'un écoulement muqueux qui ta-

che le linge et a fait croire quelquefois à l'existence d'un catarrhe vésical : le besoin d'uriner se fait fréquemment sentir. Si on introduit une bougie, quand elle arrive sur le point du canal qui est contracté, elle produit la douleur la plus vive ; elle éprouve une résistance très-marquée, surtout si elle est fine ; elle est en quelque sorte pincée. Si on la laisse quelque temps en contact avec l'obstacle, et qu'on presse ensuite, elle le franchit ; en sorte qu'on ne peut pas en rapporter l'empreinte. Le moindre excès aggrave les accidens.

On a traité des spasmes de l'urèthre pour des rétrécissemens de ce conduit ; avec un peu d'attention, on évitera toujours de commettre cette méprise. Le traitement que réclame cette maladie est des plus simples ; il consiste dans l'emploi des bains, des boissons délayantes, des injections émollientes dans l'urèthre, des embrocations huileuses camphrées et narcotiques sur son trajet, et d'un régime doux. On est quelquefois obligé d'avoir recours à des applications de sangsues, et même à la saignée générale, mais ces cas sont rares. Dans quelques cas aussi, il est utile de faire une ou deux applications de caustique. (Voyez *Rétrécissemens de l'urèthre.*) Il suffit souvent pour faire cesser le spasme, d'introduire une grosse bougie jusqu'auprès du point contracté, et de la laisser pendant quelque temps dans cette position. L'urèthre s'habitue peu à peu à son contact, et lui permet bientôt d'arriver jusqu'à la vessie. Enfin on prévient le retour de la maladie, en faisant porter des bougies pendant quelque temps aux malades.

Du spasme du vagin.

Le vagin est quelquefois si irritable qu'il se contracte vivement au moindre contact, et ne permet plus l'introduction du membre viril, ou rend cette introduction difficile et douloureuse pour la femme et le mari. Si l'on explore ce canal à l'aide du doigt, on éprouve de la difficulté à pénétrer, on cause de

la douleur à la femme, et l'on remarque que la membrane muqueuse est sèche, aride, non lubréfiée par le mucus. Cet état de spasme et de sécheresse nous a paru être le plus souvent un symptôme d'affection chronique de l'utérus; quelquefois cependant il existe indépendamment de toute autre maladie. On y remédie dans ce dernier cas par des lotions et des injections émollientes et mucilagineuses, et par l'introduction de grosses mèches enduites d'un corps gras, tel que la pommade de concombre, du beurre, de bonne huile, un mélange de cérat et d'extrait de belladone, etc.

NÉVROSES DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

Considérations générales.

On n'observe jamais de névroses dans le système musculaire de la vie animale, à moins qu'on ne veuille considérer comme telles et comme étrangères à toute irritation du cerveau, de la moelle épinière ou des troncs nerveux, ainsi que le pensent quelques médecins, les crampes particulières d'un seul muscle, les rétractions d'un seul doigt, certaines contractions des membres, etc. Mais nous avons déjà vu que ces convulsions partielles devaient être rapportées aux irritations nerveuses bornées à un seul nerf, de même que les mouvemens convulsifs généraux, les contractions tétaniques, l'épilepsie, tous les grands désordres musculaires en un mot, doivent être regardés comme émanant du cerveau ou du cordon rachidien. On ne doit jamais perdre de vue, lorsqu'on observe des désordres musculaires, que, comme moyen de diagnostic, les muscles sont au cerveau ce que les artères sont au cœur, et que, si le médecin juge de l'état du cœur par celles-ci, il doit apprécier l'état du cerveau par ceux-là.

Il n'en est pas de même du système musculaire de la vie végétative; il devient quelquefois le siége de névroses. Nous avons

déjà vu qu'on pourrait à la rigueur considérer, comme des irritations nerveuses de ce système, tous ces spasmes des membranes muqueuses, que n'accompagne aucun signe d'inflammation, et dans lesquels le symptôme principal consiste dans une contraction convulsive; mais nous avons vu en même temps que s'il est incontestable que la contraction spasmodique des plans musculaires des bronches, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, etc., existe dans ces affections, bien loin de pouvoir démontrer qu'elle est primitive, il paraît hors de doute qu'elle est constamment provoquée par l'irritation de la membrane muqueuse de ces parties. Le cœur et l'utérus sont donc en dernier résultat les seuls organes musculaires de la vie végétative qui nous offrent des exemples de névroses; ces névroses sont : les *palpitations*, l'*angine de poitrine*, et la *dysménorrhée*.

Des palpitations.

Nous avons vu que les contractions du cœur devenaient plus fréquentes et plus fortes dans l'hystérie, dans l'épilepsie, dans la péricardite, etc.; nous avons dit aussi que, dans la cardite, elles acquéraient plus de fréquence et d'intensité; nous verrons bientôt qu'il en est encore de même dans l'irritation nutritive ou l'hypertrophie du cœur : on désigne cet état du cœur par le nom de *palpitations*. Dans toutes les circonstances que nous venons de citer, les palpitations ne sont qu'un symptôme; mais assez fréquemment elles existent sans que l'on puisse les rapporter à une lésion appréciable de l'organe central de la circulation, ni à celle d'un organe éloigné qui agirait sympathiquement sur celui-ci, et ce sont ces dernières qui doivent seules nous occuper dans cet article.

Causes. Les tempéramens nerveux ou sanguin, la pléthore, et le sexe féminin, sont regardés par les auteurs comme les causes prédisposantes ordinaires des palpitations. On les voit constamment se manifester sous l'influence des émotions vives,

telles que la colère, la joie, l'amour, etc.; mais elles se dissipent avec le mouvement passionné qui les avait fait naître. Si cependant les émotions se répètent fréquemment, le cœur finit par devenir tellement irritable, qu'une foule de causes même légères en accélère les battemens et les rend plus énergiques, et que les palpitations deviennent en quelque sorte habituelles. Un second ordre de causes les produit avec non moins d'efficacité, ce sont les stimulans gastriques, et principalement ceux qui exaltent en même temps le système nerveux, tels que le café, les liqueurs spiritueuses, le thé, etc. Enfin, elles sont quelquefois aussi déterminées par des exercices violens, la danse prolongée, les courses souvent renouvelées, et par les excès vénériens. Une perte considérable de sang est souvent une cause de palpitations, mais elles ne sont alors qu'accidentelles et se dissipent en quelques jours.

Symptômes et *marche*. Les palpitations se reconnaissent aisément à l'énergie plus grande, et à l'accélération des contractions du cœur. Ces contractions sont vives, fortes, tumultueuses, les malades eux-mêmes les ressentent, ils entendent souvent le bruit des mouvemens de l'organe, et la région précordiale est parfois ébranlée par des secousses brusques et violentes. Les caractères qui distinguent ces palpitations de celles qui dépendent d'une lésion matérielle du cœur, consistent uniquement dans l'absence des symptômes propres à cette dernière lésion.

Quelquefois les contractions du cœur ne sont que plus intenses sans être plus fréquentes, d'autres fois au contraire leur fréquence seule est accrue et non leur force, dans quelques cas rares elles sont accélérées, et en même temps plus faibles que dans l'état normal, mais le plus ordinairement elles sont à la fois plus énergiques et plus accélérées. Il est rare qu'elles soient continues; lorsque cela a lieu, il est plus que probable qu'elles dépendent d'une irritation du cœur qui a déjà apporté des modifications dans sa texture, et que cette lésion est trop peu profonde encore pour s'annoncer par d'autres symptômes. En gé-

néral, les palpitations sont intermittentes, irrégulières, et ne se font sentir que lorsque des causes excitantes viennent les réveiller.

Traitement. Chez les individus sanguins, comme chez ceux qui se trouvent passagèrement dans un état de pléthore, les palpitations cèdent presque toujours très-promptement à une saignée du bras, et, dans quelques cas même, à une application de sangsues à l'anus. Dans toutes les autres circonstances, c'est aux antispasmodiques, au régime, aux bains froids ou tièdes, et surtout à l'emploi de la digitale ou de l'acide hydro-cyanique qu'il faut avoir recours. Mais on sent que ces moyens doivent rester sans effet, si la cause qui a fait naître les palpitations persiste; il faut donc commencer par faire renoncer le malade au café, aux spiritueux, aux excès vénériens, ou tâcher d'écarter ou de guérir la passion qui le domine, selon que ses palpitations sont entretenues par l'une ou par l'autre de ces causes.

De l'angine de poitrine.

On a donné le nom d'*angine de poitrine* à un groupe de symptômes dont la source n'est pas bien connue. Nous croyons qu'on doit le rapporter à une irritation nerveuse du cœur, et nous allons essayer d'étayer notre opinion par quelques considérations tirées de l'examen des causes, des symptômes et des caractères anatomiques de la maladie. Confondue avec l'asthme jusqu'à Rougnon, décrite sous le nom d'*angine de poitrine* quelques années après par Héberden, elle a encore été nommée *asthme convulsif*, *goutte diaphragmatique*, *syncope angineuse*, *sternalgie*, *sténocardie*, etc. Le nom qui lui conviendrait le mieux serait celui de *cardialgie*.

Causes. Les hommes sont beaucoup plus fréquemment affectés de l'angine de poitrine que les femmes; elle attaque de préférence ceux qui ont une constitution apoplectique et un cœur volumineux; on l'observe rarement avant l'âge de quarante à

cinquante ans. On ignore les causes de son développement, et la seule que les auteurs relatent, est la suppression trop brusque des phlegmasies des muscles ou des articulations. Mais comme elle revient par attaques, on connaît bien les causes qui en déterminent le retour : ce sont toutes les variations considérables de température, et principalement l'impression d'un air vif et pénétrant, tous les mouvemens brusques et accélérés, la marche rapide, l'action de monter, l'équitation dans une direction contraire à celle du vent, les excès d'alimens ou de liqueurs spiritueuses, et les impressions morales vives. Il suffit souvent pour rappeler les attaques dans la dernière période de la maladie, de la toux, de l'éternuement, du simple exercice de la parole, et des plus petits efforts. Presque toutes ces causes agissent évidemment sur le cœur, directement ou indirectement, mais elles agissent aussi sur d'autres organes, ce qui s'oppose à ce que nous puissions en tirer des conséquences favorables à notre opinion sur la nature de la maladie ; nous ferons seulement remarquer qu'aucune n'est en opposition avec elle.

Symptômes, marche, durée, terminaison et *pronostic*. Un symptôme principal caractérise pour ainsi dire cette affection. C'est une douleur vive, lancinante ou déchirante, qui se fait sentir d'une manière subite pendant que l'individu marche, derrière le sternum, plus à gauche qu'à droite, à la partie inférieure, moyenne ou supérieure de cet os. Cette douleur fait éprouver un sentiment de constriction dans le lieu qu'elle occupe, elle fait craindre la suffocation ou la syncope, et force le malade à s'arrêter. Dans les premiers temps, elle ne dure que quelques minutes et se dissipe par le simple repos. A mesure que la maladie devient plus ancienne, les attaques se prolongent jusqu'à durer une demi-heure, une heure, et plus ; elles se répètent plus souvent et sont provoquées par les causes légères que nous avons énumérées. Elles finissent même par survenir spontanément pendant la nuit, surtout après le premier sommeil. Alors la douleur ne reste plus bornée à la poitrine ; le plus

ordinairement elle se propage au bras, à l'avant-bras et même jusqu'au poignet et aux doigts, quelquefois aux deux membres supérieurs à la fois, et y produit un engourdissement qui empêche les mouvemens. Parfois elle n'envahit pas les membres supérieurs, et s'étend au cou, à la mâchoire inférieure et à l'oreille, et détermine un sentiment de strangulation et de la difficulté à parler; plus rarement elle se fait ressentir à l'épigastre. Il existe en général peu de trouble dans la respiration, elle est seulement plus fréquente; c'est la violence de la douleur qui fait craindre la suffocation, c'est elle qui force les malades à se presser la poitrine ou à se la renverser en arrière, mais tous font avec facilité de profondes inspirations. Ce n'est que lorsque le désordre est devenu considérable que la respiration est gênée. Le pouls n'éprouve quelquefois aucune modification, d'autres fois il est fréquent, fort, faible, concentré ou irrégulier. La face est ordinairement pâle, quelquefois rouge; la peau parfois couverte d'un sueur froide et visqueuse aux extrémités, l'urine ténue et claire, et, dans quelques cas, rendue involontairement dans la violence des attaques. Celles-ci se terminent souvent par des éructations et des renvois de gaz; elles laissent après elles ou un simple engourdissement dans la poitrine, qui se dissipe au bout de quelques instans, ou un tremblement et une faiblesse générale avec un sentiment de brisement dans les parties qu'occupait la douleur, qui persiste plus ou moins, et même ne se dissipent pas complètement lorsque la maladie est très-avancée. M. Raige-Delorme a observé un exemple d'angine de poitrine, dans laquelle les douleurs, très-violentes, occupaient, dès la première attaque, la partie postérieure du sternum, la totalité des membres supérieurs, le cou et la mâchoire inférieure à la fois (1).

La durée de cette affection est indéterminée; elle varie depuis quelques jours jusqu'à dix et vingt ans. Sa terminaison la

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, tom. II, article ANGINE DE POITRINE, pag. 401.

plus fréquente est la mort, ordinairement subite dans le cours d'une attaque, quelquefois lente, et amenée par les progrès du mal. Les exemples de guérison en sont extrêmement rares.

Nous ne pouvons pas nous livrer à une longue analyse des phénomènes morbides que nous venons d'exposer; mais il nous semble qu'une douleur qui produit des symptômes aussi graves ne peut avoir sa source que dans un organe important. Ni la souffrance du sternum, ni celle du médiastin, ni celle du poumon, quelque intenses qu'on les suppose, ne rendent raison de l'invasion subite et de la violence des attaques; celle du cœur ou de ses nerfs reste donc seule pour nous les faire concevoir. Les résultats des ouvertures de cadavres vont nous apprendre à laquelle de ces deux parties l'on doit rapporter les accidens de l'angine de poitrine.

Caractères anatomiques. On trouve, à l'ouverture des cadavres, des rétrécissemens des orifices du cœur ou des gros vaisseaux qui en partent, l'ossification des artères coronaires, l'hypertrophie ou la dilatation des ventricules, de la graisse accumulée sur le péricarde et sur le cœur, et dans le médiastin. Les auteurs citent encore beaucoup d'autres lésions, mais elles n'ont aucun rapport avec la maladie qui nous occupe. Celles que nous avons indiquées se rencontrent dans le plus grand nombre des cas, mais on les observe aussi sans que les symptômes de l'angine de poitrine aient existé pendant la vie, *et vice versâ*. Que faut-il en conclure? que la maladie dite *angine de poitrine* est une irritation nerveuse du cœur, accompagnant, chez quelques individus prédisposés, toutes les maladies de cet organe, et pouvant probablement exister isolée dans quelques cas.

Traitement. Il repose presque entièrement sur l'emploi des antispasmodiques et révulsifs. Ainsi l'opium, le camphre, le musc, l'assa-fœtida, le castoréum, etc.; les vésicatoires, les cautères, les sétons sur la poitrine, aux bras, aux cuisses, sont les moyens dont on a retiré les meilleurs effets, soit pour

combattre les attaques, soit pour les prévenir. La saignée est presque constamment nuisible, si on la pratique pendant le paroxysme : il vaut donc mieux avoir recours aux révulsifs instantanés et aux antispasmodiques. On a conseillé de faciliter la sortie des gaz, à la fin des paroxysmes, par l'eau de menthe poivrée, celle de mélisse, de fenouil, etc. L'usage des minoratifs a paru utile à quelques médecins dans l'intervalle des attaques : Heberden dit avoir prévenu les accès de la nuit par l'administration du vin, des cordiaux, et surtout de la teinture thébaïque. On voit qu'il règne beaucoup d'incertitude sur le traitement de cette maladie. Elle est le plus ordinairement au dessus des ressources de l'art ; mais on peut rendre les attaques moins fréquentes, et peut être moins fortes, en écartant avec soin les causes, en mettant le malade à un régime sévère et peu stimulant, et en lui recommandant un exercice modéré; et s'il est sanguin et pléthorique, en lui pratiquant de temps à autre une légère saignée par la lancette ou par quelques sangsues à l'anus. Enfin, s'il existe une hypertrophie ou une dilatation du cœur, ou un rétrécissement de l'un des orifices de cet organe, il faut mettre en usage le traitement de ces affections.

De la dysménorrhée.

L'écoulement difficile des règles a reçu le nom de la *dysménorrhée.* C'est moins une maladie que l'exercice difficile et douloureux d'une fonction : les causes en sont peu connues; on a remarqué seulement que les femmes ardentes, d'un tempérament nerveux, d'une constitution sèche, bilieuse, abusant du coït et cependant stériles, en étaient plus fréquemment affectées que les autres. Cette affection ne nous paraît être que le symptôme d'une névrose de l'utérus; il ne faut pas la confondre avec celle qui accompagne la métrite chronique. Au reste, la névrose de l'utérus est souvent suivie de son inflammation chronique, et par suite du squirrhe ou du carcinôme

de cet organe. Les symptômes qui la caractérisent consistent dans un écoulement difficile et douloureux des règles, accompagné de douleurs vives dans le dos, les lombes et la région hypogastrique, de *coliques de matrice* ou *coliques utérines*, comme les appellent quelques auteurs, de chaleur et de démangeaison dans le vagin et au col de la matrice, quelquefois d'anxiété, de constriction de la gorge et d'insomnie; l'écoulement du sang ne se fait que goutte à goutte, quelquefois il part avec force, mais toujours avec beaucoup de douleurs utérines. Les bains tièdes, les pédiluves chauds, les injections narcotiques, ou avec les décoctions de ciguë, de morelle, quand la démangeaison est trop vive, ou émollientes si la chaleur locale est considérable, les demi-lavemens, les bains de fauteuil, les saignées locales, quelquefois celle du bras chez les femmes pléthoriques, pratiquées la veille des règles, et à l'intérieur, les boissons calmantes, comme les émulsions avec addition de sirop diacode, l'extrait gommeux d'opium à petites doses, l'acétate d'ammoniaque, tels sont les moyens qu'on dirige avec le plus d'efficacité contre cette affection. Cette thérapeutique tend à confirmer l'opinion que la dysménorrhée est le symptôme d'une névrose de l'utérus. A-t-elle son siége dans le tissu même de l'organe ou dans sa membrane interne? La première de ces opinions nous paraît la plus probable. Cependant, jusqu'à ce que nous possédions plus de lumières sur son véritable siége, nous la laisserons parmi les névroses des membranes muqueuses.

ORDRE CINQUIÈME.

IRRITATIONS SÉCRÉTOIRES OU HYPERDIACRISIES.

De l'hyperdiacrisie en général.

Toutes les sécrétions, cutanées, muqueuses, séreuses, glandulaires et autres, sont susceptibles d'un accroissement insolite

qui peut s'élever à l'état morbide. Tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, cet accroissement de sécrétion n'est que le symptôme d'une autre maladie, et n'a par conséquent d'importance que comme élément de diagnostic; et tantôt, au contraire, il constitue par lui-même un véritable état morbide, indépendant de toute autre affection, et auquel on doit par conséquent consacrer désormais une place et une étude spéciale dans tout traité de pathologie. C'est à cet accroissement morbide de la sécrétion, d'un tissu sans altération appréciable de sa texture et indépendant de tout état morbide éloigné, que nous donnons le nom d'*hyperdiacrisie* (1).

Les causes de l'hyperdiacrisie sont variables suivant les organes par lesquelles elle s'opère, et ne peuvent, par cette raison, être étudiées d'une manière générale. Cependant il est digne de remarque que dans la grande majorité des cas, elle survient sous l'influence du froid humide. En diminuant la transpiration cutanée, soit d'une manière passagère, mais violente, soit d'une manière continue, mais peu forte, le froid humide, en effet, force un autre organe à suppléer par un accroissement de sa sécrétion à la sécrétion diminuée de la peau, et l'irritation sécrétoire s'établit. C'est ainsi que les choses se passent pour la plupart des super-sécrétions muqueuses, des épanchemens et des infiltrations idiopathiques dans les membranes séreuses et dans le tissu cellulaire, et même pour plusieurs hyperdiacrisies glandulaires, le diabétès par exemple. Mais l'irritation sécrétoire ne se développe pas toujours par l'influence de cette cause; il en est de spéciales qui les font naître quelquefois; nous les ferons connaître plus tard.

L'écoulement au-dehors, ou l'accumulation, ou l'infiltration du produit sécrété en trop grande abondance, est en général le seul signe par lequel s'annonce l'hyperdiacrisie. Ni douleur, ni chaleur, ni rougeur, ni tuméfaction, ni désorganisation, etc.;

(1) De ὑπὲρ, *au-delà*, διακρίνω, *je sécrète.*

en un mot, aucune altération appréciable du tissu par lequel elle s'opère ne l'accompagnent. Cette absence de symptômes est même une des conditions de sa nature, puisque nous avons dit que lorsqu'un accroissement de sécrétion existait avec une autre maladie, il n'en était plus alors qu'un des symptômes, et ne constituait plus un état morbide spécial. Avec le temps, cependant, on voit peu à peu s'y joindre de nouveaux phénomènes morbides ; on peut tous les rapporter aux deux chefs suivans : épuisement par l'excès de la sécrétion quand le produit en est rejeté au dehors, distension de la partie dans laquelle le fluide sécrété s'accumule et compression des organes voisins, quand ce liquide reste emprisonné au sein des parties.

L'irritation sécrétoire est en général un état morbide peu grave. Cependant, quand la sécrétion anormale est trop abondante, ou bien lorsqu'elle s'opère auprès d'un organe important, comme le cerveau, le cœur, le poumon, par exemple, la mort peut être la suite de la compression que le liquide exerce sur cet organe, et de l'obstacle qu'il apporte à l'accomplissement d'une fonction importante. Hors ces cas, l'hyperdiacrisie ne devient pas mortelle par elle-même, et si les malades succombent, c'est ordinairement à une inflammation aiguë ou chronique du tissu qu'elle affecte. Ce mode d'irritation ne laisse sur les cadavres aucune altération appréciable qui ne lui soit propre, et les lésions qu'on rencontre souvent à sa suite appartiennent à d'autres maladies.

Le traitement de l'irritation sécrétoire repose sur les indications suivantes : détruire l'irritation morbide, soit directement, soit en provoquant des sécrétions artificielles qui fassent cesser la sécrétion anormale ; donner issue au liquide sécrété lorsqu'il s'est accumulé dans une cavité accessible aux moyens chirurgicaux ; et empêcher sa reproduction.

La première indication réclame tous les moyens antiphlogistiques que nous avons déjà fait connaître ; toutefois c'est

parmi les révulsifs plus encore que parmi les évacuations sanguines qu'il faut les choisir. Les moyens qui excitent des sécrétions abondantes par une voie quelconque, tels que les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs, sont parmi les révulsifs, ceux qu'il faut préférer, en raison même de leur mode spécial d'action; et cependant on ne doit pas négliger l'emploi des suppurations extérieures qui, à l'avantage d'établir une sécrétion artificielle, joignent celui de révulser directement l'irritation qui provoque la sécrétion anormale. Les uns et les autres doivent être secondés de l'emploi des saignées locales, dans tous les cas ou l'irritation est forte et accompagnée de congestion sanguine, et de celui des saignées générales chez les sujets jeunes et pléthoriques.

La seconde indication, celle qui consiste à donner issue au liquide accumulé, exige des procédés particuliers suivant le lieu où existe la collection; nous les ferons connaître plus tard; une seule règle générale leur est commune à tous, c'est celle de ne livrer qu'une petite issue au liquide épanché, afin d'empêcher que l'air ne pénètre dans le sein de la cavité qui le renfermait, et ne détermine une violente inflammation des parois de cette poche. Quant à l'indication de prévenir la reproduction du liquide, on la remplit en insistant sur l'emploi des moyens antiphlogistiques directs et révulsifs, et dans quelques cas particuliers, en provoquant l'inflammation des parois de la cavité qui le contenait.

HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME CELLULAIRE.

Considérations générales.

Le tissu cellulaire devient le siége fréquent d'infiltrations séreuses. Ainsi, chez les individus affaiblis par une longue maladie, et qui ont gardé le lit pendant long-temps, les pieds s'infiltrent dans la convalescence par le seul fait de la station

verticale; ils s'infiltrent encore, à la fin des dilatations du cœur qui apportent beaucoup d'obstacle au libre cours du sang, et dans les derniers mois de la grossesse par suite de la compression qu'exerce le fœtus sur les veines iliaques; un membre entier thoracique ou abdominal s'engorge de sérosité, lorsque sa veine principale est oblitérée (1), lorsqu'il est retenu long-temps immobile et comprimé dans un appareil, et lorsqu'il est le siége d'un ulcère ancien ; les paupières se remplissent de liquide séreux, à l'occasion des plaies de tête, et en général, de toutes les irritations un peu vives de la peau du crâne ou de la face ; le prépuce se gonfle et se distend par l'afflux du même liquide, lorsqu'il est irrité par le pus d'un chancre un peu considérable du gland, ou par la matière que sécrète la membrane muqueuse de l'urèthre violemment enflammé, etc., etc. Toutes ces infiltrations partielles ont reçu le nom d'*œdéme*. Symptômatiques d'autres affections, elles ne doivent pas faire une classe particulière de maladies, et ne nous arrêteront pas davantage.

Mais il existe une infiltration de tout le tissu cellulaire, qui n'est plus un simple symptôme d'une maladie éloignée, et qui en général, au contraire, dépend directement de l'irritation sécrétoire de ce tissu lui-même, et à laquelle nous devons par conséquent consacrer une description particulière; on la connaît sous le nom d'*anasarque*.

De l'anasarque.

L'infiltration générale du tissu cellulaire peut aussi n'être que le symptôme d'une autre maladie; c'est ainsi qu'on la voit assez souvent survenir dans le cours des anévrismes du cœur ; mais sous cette forme elle ne doit pas nous arrêter. La seule qui doive nous occuper ici, est celle que les auteurs appellent

(1) Bouillaud, *Archives générales de Médecine*, tom. II, pag. 88, et tom. V, pag. 94 et suiv.

anasarque active, celle que MM. Désessarts et Breschet ont si bien fait connaître (1).

Causes. Cette anasarque peut attaquer tous les individus à tous les âges, mais elle survient plus fréquemment aux sujets pléthoriques, sanguins, dans la jeunesse, l'âge adulte et l'âge mûr. Elle n'est cependant pas rare chez les enfans à la suite des phlegmasies cutanées érythémateuses. Les femmes y sont exposées aux époques de l'établissement et de la cessation des menstrues. Sa cause la plus ordinaire est la suppression subite de la transpiration cutanée, soit générale, soit partielle. Ainsi l'immersion dans l'eau froide, lorsque le corps est échauffé; le contact prolongé de vêtemens mouillés; l'impression du froid à l'époque de la desquamation des phlegmasies cutanées érithémateuses et pustuleuses; l'application de topiques astringens pour arrêter les sueurs trop abondantes des aisselles ou des pieds; les médicamens à l'aide desquels on fait disparaître trop promptement la gale, les dartres ou la teigne; l'ingestion d'une boisson glacée pendant la sueur; la colère, la terreur dans la même circonstance; en un mot, tout ce qui peut suspendre tout à coup l'action de la peau, peut devenir cause d'anasarque active. On l'a vue succéder aussi à la disparition rapide des phlegmasies articulaires.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. L'anasarque active peut se former en quelques heures, ou ne se développer que lentement. Dans le premier cas, la peau est ordinairement rosée, quelquefois d'une teinte érysipélateuse disposée par plaques, légèrement sensible, un peu chaude; elle résiste davantage au doigt qui la presse que dans l'anasarque d'un plus faible degré, et surtout dans celle qui dépend d'un obstacle à la circulation; elle cède cependant, mais au lieu de conserver long-temps l'impression du doigt, elle revient assez promptement sur elle-même. En même temps le pouls est dur et plein, et quelquefois fréquent, la soif vive;

(1) *De l'hydropisie active*, Paris, 1812.

le visage et les yeux sont animés, la tête est lourde, et le malade éprouve des étourdissemens et des bourdonnemens d'oreilles; en un mot, il existe des signes de pléthore sanguine; les urines sont peu abondantes et rouges, bourbeuses ou briquetées et quelquefois claires; quelquefois les voies digestives sont irritées, et alors les symptômes de cette irritation se joignent aux précédens.

Lorsque l'anasarque, quoique active, ne se développe que lentement, elle se manifeste d'abord aux pieds, autour des malléoles et sur le dos du pied, puis elle gagne successivement les jambes, les cuisses, le scrotum, le tronc, les membres thoraciques, et enfin la tête. Le gonflement de toutes ces parties est beaucoup plus considérable que dans le cas précédent; la peau n'est pas rosée, sa chaleur naturelle est diminuée, le doigt fait une impression profonde et qui reste pendant quelque temps. La soif est encore vive et les urines rares, mais le pouls reste calme, et il n'existe aucun signe d'excitation qui puisse éclairer la nature de la maladie. On la confondrait donc avec l'anasarque *passive* ou symptômatique, si l'on négligeait de tenir compte, 1° de la nature des causes qui l'ont produite, lesquelles ont agi en diminuant fortement l'action de la peau; 2° de son invasion qui n'a été précédée par aucun signe d'obstacle à la circulation; 3° enfin de l'absence actuelle des symptômes de cet obtacle. Malgré ces considérations, il est quelquefois difficile de les distinguer l'une de l'autre, mais nous devons faire remarquer que l'anasarque active est très-rarement dépourvue de tous signes d'excitation, et qu'elle se rapproche plus ou moins de celle du plus haut degré. Un médecin anglais, le docteur Blackall, prétend que l'urine fournit un moyen sûr de distinguer l'anasarque active de l'anasarque symptomatique. Dans le premier cas, l'urine soumise à l'ébullition fournit un sérum coagulable, proportionnel pour la quantité et la consistance à l'activité de l'hydropisie; dans le second, ce coagulum n'existe pas. Les théories par lesquelles

notre confrère d'outre-mer cherche à expliquer ce fait n'appartiennent pas à la saine physiologie : mais qu'importe ; si le fait est vrai, il est précieux pour le diagnostic. Il s'agit de le vérifier.

La durée de cette hydropisie dépend de trop de circonstances pour qu'il soit permis de l'établir d'une manière générale. Elle guérit assez fréquemment, quelquefois même spontanément par des sueurs ou des urines abondantes, et surtout par une irritation hémorrhagique, comme l'épistaxis, le flux hémorrhoïdal, ou les menstrues. Mais elle se reproduit quelquefois avec la plus grande facilité; l'infiltration peut pénétrer dans les cavités des membranes séreuses, et alors la mort ne tarde pas à en être la suite.

Caractères anatomiques. On a peu fait de recherches d'anatomie pathologique sur cette maladie ; cependant on a trouvé quelquefois le tissu cellulaire rouge, injecté de sang, induré çà et là, et contenant parfois du pus séreux, ou sanguinolent, ou épais, renfermé dans ses aréoles.

Traitement. L'anasarque active du plus haut degré cède assez souvent à la saignée générale, secondée par l'emploi des boissons émollientes, acidulées, ou aqueuses, abondantes, et rendues diurétiques par l'addition du nitrate de potasse, et par un régime doux et surtout lacté. On faisait autrefois un précepte de donner à peine à boire aux hydropiques; aujourd'hui, tous les praticiens sont convaincus que la crainte d'augmenter la quantité de sérosité épanchée, par des boissons abondantes, est chimérique; plusieurs pensent, et nous sommes de ce nombre, que ces boissons sont au contraire utiles; n'eussent-elles d'autre avantage que d'apaiser la soif dévorante des malheureux hydropiques, on ne devrait pas encore hésiter à les prescrire. Il suffit quelquefois de simples saignées locales; c'est lorsque le développement de l'hydropisie a suivi la disparition des menstrues, ou d'un flux hémorrhoïdal. Il est presque superflu d'ajouter qu'on les pratique dans ces cas à l'anus

ou à la vulve. Les bains tièdes sont aussi très-utiles; on emploie également avec avantage les bains de vapeur. Lorsque les voies digestives ne participent pas à l'irritation cellulo-cutanée, on obtient de bons effets des purgatifs salins à petites doses et répétés, ou de l'emploi des sudorifiques. On est guidé dans le choix de l'un de ces ordres de médicamens, par la disposition plus grande de l'individu à suer ou à uriner, et quelquefois par la nature de la cause de la maladie. Ainsi on emploie de préférence les sudorifiques, lorsque l'anasarque est l'effet d'une suppression subite de la transpiration cutanée, et surtout lorsque la peau est sèche et râpeuse : les frictions sèches en condesent très-bien l'emploi.

Lorsqu'il existe à peine quelques symptômes d'excitation, les saignées, soit générales, soit locales, deviennent moins indispensables et souvent inutiles, mais il est encore avantageux d'insister pendant quelque temps sur le traitement adoucissant et légèrement diurétique, sudorifique ou purgatif, avant de recourir à une médicaion plus énergique. Mais quand on s'est bien convaincu de l'impuissance de ces moyens simples, si les voies digestives ne sont pas irritées, il ne faut pas hésiter à tenter une révulsion forte, soit sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, soit sur les reins, soit enfin sur la peau, par des purgatifs, par des sudorifiques ou des diurétiques, à doses plus élevées, graduellement croissantes, et sous toutes les formes. Le calomélas jouit d'une grande réputation contre l'anasarque, parmi les Anglais; mais contre quelle maladie ne l'ont-ils pas préconisé? Cependant le docteur Blackall veut qu'on le réserve pour les cas où l'urine n'offre pas le coagulum dont nous avons parlé. Si ce signe a la valeur que lui prête ce médecin, le précepte est fort sage. Au reste, quelle que soit celle de ces révulsions que l'on tente, il ne faut pas oublier, 1° que ce sont des sécrétions abondantes que l'on veut obtenir pour faire cesser une sécrétion morbide; 2° qu'elles se suspendent ordi-

nairement dans les tissus trop irrités; 3° que par conséquent, il est une limite au-delà de laquelle ces médicamens deviennent doublement dangereux, en ce qu'ils aggravent la maladie première et en créent une seconde. Presque toujours, dans l'anasarque active, il est utile de donner issue au liquide : on a recours à cet effet aux mouchetures, aux vésicatoires et aux cautères. Il faut employer ces moyens de bonne heure, car lorsque la peau, par la distension considérable qu'elle éprouve depuis long-temps, et par le fait même de l'ancienneté de la maladie, a perdu une partie de sa vitalité, les solutions de continuité qu'on y pratique sont très-souvent immédiatement suivies de gangrène. Cet accident, il est vrai, se manifeste rarement dans l'anasarque active. On pourrait peut-être le prévenir dans tous les cas, en remplaçant les moyens indiqués par l'acupuncture. Nous y avons eu recours sans inconvénient, dans une circonstance où les mouchetures, vésicatoires ou cautères n'eussent pas été sans danger, puisque la gangrène s'empara immédiatement des surfaces rougies par de simples sinapismes. L'évacuation de la sérosité soulage toujours quand elle ne guérit pas; il faut donc toujours l'essayer lorsque la gangrène n'est pas à craindre, et si l'acupuncture n'expose pas à ce danger, comme nous le pensons, on doit la pratiquer dans tous les cas.

HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME DERMOÏDE.

Considérations générales.

L'action sécrétoire de la peau s'accroît dans une foule de circonstances diverses. A l'état physiologique, elle augmente sous l'influence de la chaleur, à l'occasion d'un exercice violent, après l'ingestion d'une boisson fraîche lorsqu'une soif vive échauffait l'estomac, etc. A l'état morbide, elle devient plus abondante à la fin de chaque accès des fièvres intermittentes, dans le cours de la pneumonite, pendant le ramollisse-

ment des tubercules pulmonaires, lorsqu'une phlegmasie intérieure se termine par suppuration, au dernier terme de toutes les phlegmasies chroniques incurables, enfin, chez tous les sujets profondément affaiblis. Nous ne parlons pas de celle qui survient quelquefois pendant le cours d'une maladie aiguë, et semble en déterminer la guérison; il en a déjà été question au commencement de cet ouvrage. (Voyez *Terminaisons des maladies.*)

Dans toutes ces circonstances, l'accroissement de la sueur n'est qu'un symptôme et non pas un état morbide, mais il arrive quelquefois que la peau sécrète ce fluide en trop grande quantité, par l'effet de sa propre excitation, et indépendamment de toute autre maladie; cette irritation sécrétoire est connue sous les noms d'*éphidrose*, *dysodie cutanée*, *sueurs morbides.*

De la sueur morbide.

Les exemples de sueurs morbides ne sont pas rares; elles sont générales ou partielles; dans le premier cas, elles sont presque toujours intermittentes. En voici une observation intéressante. Un plombier se réveillait tous les matins inondé de sueur, à tel point que sa chemise et ses draps étaient comme si on les eût trempés dans l'eau, et que son matelas était traversé. La langue était pâle, le pouls calme, la chaleur de la peau à peine augmentée pendant la sueur, l'appétit état conservé, et les seuls symptômes que le malade éprouvât consistaient dans une soif assez vive, et une sorte de *desséchement* de la poitrine; c'est ainsi du moins qu'il exprimait ce dernier symptôme. L'usage du sulfate de quinine fit cesser cet état, mais les sueurs reparurent quelques jours après qu'on en eut discontinué l'emploi : une nouvelle dose les fit disparaître de nouveau; elles ont recommencé une troisième fois, et ont été combattues efficacement, dans une maison de santé, par la décoction de quinquina. Enfin, après une troisième rechute, guérie comme les

précédentes, le malade a renoncé, d'après notre avis, à son état de plombier, et n'a plus rien éprouvé depuis lors. Sa peau, trop excitable, était sans doute trop vivement stimulée par la chaleur des fourneaux où le plomb est mis en fusion. Il est probable que le quinquina conviendrait également dans les cas de sueurs continues, pourvu toutefois, nous le répétons encore, qu'elles ne dépendissent pas de l'affection d'un organe intérieur. On lit cependant, dans le tome xxx du *Journal général de Médecine*, une observation de sueurs immodérées qui résistèrent à plusieurs moyens et au quinquina lui-même, et guérirent par l'extrait d'aconit. Les bons effets de l'acétate de plomb contre les sueurs nocturnes des phthisiques, sont connus de tous les praticiens, mais on sait qu'ils ne sont pas constans. Ce médicament réussirait plus fréquemment sans doute, contre les sueurs qui ne dépendraient d'aucune désorganisation interne.

On a aussi employé avec succès les bains froids et les lotions astringentes, mais il y a souvent du danger à recourir à ces moyens. Il faut surtout s'en abstenir dans tous les cas de sueurs partielles, des mains ou des pieds par exemple; la suppression trop prompte de ces sécrétions étant presque toujours suivie d'inflammations intérieures graves. On peut seulement essayer de les diminuer lorsqu'elles sont trop abondantes. M. Rayer rapporte un cas dans lequel il y est parvenu, au moyen de bains de pied frais pris dans l'eau de Barèges (1). Si, par imprudence ou sans cause connue, ces sueurs partielles venaient à disparaître, et qu'il en résultât des accidens, il faudrait tâcher de les rappeler, en enveloppant les pieds de flanelle recouverte de taffetas gommé, en faisant marcher beaucoup le malade, en lui administrant des bains de vapeur locaux, etc. Il est souvent très-difficile de rétablir cette sécrétion.

Il existe quelques autres exemples de sueurs partielles trop

(1) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, etc., tom. II, pag. 244.

peu abondantes pour constituer un état morbide, mais dignes d'intérêt comme phénomènes physiologiques. Ainsi, un de nos cliens est pris tous les jours, après chaque repas, d'une sueur qui dure de trois quarts d'heure à une heure, abondante au point de mouiller plusieurs mouchoirs, et qui n'a lieu que d'un côté de la face (le gauche). Cette sécrétion s'est établie chez lui, nous a-t-il dit, depuis un grand nombre d'années, à la suite d'un dépôt considérable à l'angle de la machoire du même côté. Un de nos plus estimables et de nos plus savans confrères, M. le docteur B........, est affecté d'une sueur semblable et du même côté de la face, mais qui ne revient pas dans la même circonstance; elle est presque continuelle aussitôt que la chaleur atmosphérique commence à devenir un peu forte; elle cesse en hiver.

La fétidité de la sueur ne change rien aux indications. Chez certains individus, elle a ce caractère, même dans l'état de santé; chez tous les hommes, elle contracte de l'odeur lorsqu'elle augmente beaucoup de quantité; il est rare que celle des pieds ne soit pas fétide: la mauvaise odeur de la sueur n'est donc qu'une circonstance accessoire, qu'un accident indifférent dans la maladie. Nous ne parlons pas des sueurs vertes, bleues, noires, rouges, de toutes les couleurs en un mot, dont tant d'écrivains entretiennent leurs lecteurs; il est rare que la sueur ne colore pas plus ou moins les objets avec lesquels elle est en contact, et cette coloration varie avec sa composition chimique, qui change souvent, même dans l'état de santé, et tantôt est plus acide et tantôt plus alcaline. On a exagéré ces effets par amour du merveilleux.

HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME MUQUEUX.

Considérations générales.

Les membranes muqueuses sont quelquefois le siége d'irritations secrétoires. C'est à ce genre de maladies qu'il faut rapporter, 1° quelques-uns de ces cas de sécrétion abondante de la conjonctive palpébrale, sans rougeur, chaleur, ni douleur de cette membrane, que les auteurs appellent des *ophthalmo-blennorrhées*; 2° certains écoulemens considérables de mucus provenant des fosses nasales que n'accompagne aucun symptôme inflammatoire; *rhinorrhée*; 3° ces expectorations abondantes qui épuisent les malades, et à la suite desquelles on trouve la membrane muqueuse des bronches plus pâle que dans l'état normal (1); *bronchorrhée*; 4° cette accumulation de prétendu suc gastrique dans l'estomac de quelques individus, qui ne se portent bien qu'à la faveur d'un vomissement quotidien qui les en débarrasse chaque matin; *gastrorrhée*; 5° certaines *diarrhées* muqueuses et surtout séreuses, par lesquelles semble s'écouler le liquide de quelques ascites, ou bien qui sont sympathiques de la dentition; 6° quelques écoulemens de l'urèthre, appelés *blennorrhées* par les auteurs; 7° enfin, les fleurs blanches ou la *leucorrhée*, dans quelques cas.

Cette sécrétion anormale des membranes muqueuses accompagne presque toujours leur inflammation, et n'en est alors qu'un des symptômes; mais elle existe quelquefois seule, ainsi que nous venons de le dire; et comme les médecins l'ont vue très-souvent cesser dans ce cas par l'effet des stimulans, ils l'ont presque tous attribuée à la *faiblesse* locale ou générale. Cette erreur n'a plus besoin d'être réfutée; on sent généralement aujourd'hui que les mots *force* et *faiblesse* deviennent vides de

(1) Voyez *Clinique médicale*, etc., par M. Andral, tom. II, pag. 55 et suivantes.

sens lorsqu'on veut leur faire exprimer l'état quelconque de parties qui n'exercent ni effort ni résistance, et l'on ne comprend pas plus la faiblesse d'une membrane muqueuse que sa force. D'un autre côté, il n'est plus qu'un très-petit nombre de médecins qui regardent comme plus *faible* que dans l'état normal, un tissu dont la sécrétion est augmentée.

Nous ne consacrerons pas un article spécial à l'*ophthalmoblennorrhée*; nous en avons déjà parlé en traitant de la conjonctivite à laquelle elle succède toujours. Un écoulement puriforme abondant par les paupières, et l'absence des phénomènes inflammatoires en sont les signes; elle cède ordinairement aux révulsifs et à l'emploi local des astringens et des stimulans, que nous avons conseillés contre quelques conjonctivites chroniques. Il en sera de même de la *rhinorrhée*, la *gastrorrhée*, la *diarrhée* et la *blennorrhée*; elles se reconnaissent à la même absence de phénomènes inflammatoires. La première est toujours trop légère pour exiger les secours de l'art; la seconde cède au vomissement spontané ou provoqué, ou à l'ingestion de la magnésie calcinée; la troisième réclame l'emploi des stimulans que nous avons indiqués dans le traitement de la colite chronique; enfin, ce que nous avons dit des uréthrites chroniques sans douleur est entièrement applicable à la quatrième. Nous dirons seulement, à l'occasion de la gastrorrhée et de la diarrhée, qu'il est presque toujours très-difficile de les distinguer de la gastrite et de la colite chroniques, dont elles sont presque constamment les symptômes. Les seules irritations sécrétoires des membranes muqueuses dont nous nous occuperons avec quelques détails sont donc la *bronchorrhée* et la *leucorrhée*.

De la bronchorrhée.

Cette irritation sécrétoire de la membrane muqueuse des bronches est rare. M. Andral en a publié quelques faits inté-

ressans (1), et leur lecture nous en a rappelé un ou deux semblables, auxquels nous n'avons pas accordé, dans le temps, l'attention qu'ils méritaient. Cette irritation est peut-être quelquefois primitive chez les vieillards, mais le plus ordinairement elle succède à une bronchite chronique dont tous les caractères inflammatoires se sont graduellement effacés, et à la suite desquels la membrane a continué de sécréter du mucus en trop grande abondance. Les symptômes qui peuvent la faire reconnaître sont : la grande quantité du liquide expectoré, sa nature, qui est celle d'une eau de gomme faiblement chargée ; une dyspnée considérable ; une toux légère en comparaison de l'abondance de l'expectoration, en quelque sorte secondaire et sollicitée par une sensation de plénitude dans la poitrine ; la non-augmentation de la température de la peau ; l'absence de la fréquence du pouls ou son peu d'accélération ; le manque de sueurs nocturnes et des autres signes de phthisie pulmonaire ; la résonnance de la poitrine dans tous ses points ; et enfin une émaciation qui ne paraît pas en rapport avec le peu de gravité des désordres organiques. M. Nauche assure que le mucus bronchique, produit d'une simple irritation sécrétoire, est toujours acide et rougit le papier bleu de tournesol, tandis que celui qui provient d'une membrane muqueuse enflammée est alcalin, et ramène au bleu le papier de tournesol rougi par les acides. Si ce double fait se confirme, il sera des plus précieux pour le diagnostic (2).

Cette irritation est probablement susceptible de guérison. Chez le malade de la dix-huitième observation, dans l'ouvrage de M. Andral, une bronchorrhée subite a fait disparaître très-rapidement un hydrothorax ; l'autre malade est mort dans le marasme et dans un état de maigreur extrême. A l'ouverture du cadavre, on a trouvé la membrane muqueuse des bronches

(1) *Ouvrage cité*, XVI[e] et XVIII[e] observation.

(2) Guibert, *Recherches nouvelles et Observations pratiques sur le croup et sur la coqueluche*, etc., Paris, 1824.

complètement pâle dans toute son étendue, et les poumons sains.

Les évacuations sanguines ne seraient probablement d'aucune utilité contre cette maladie ; peut-être même seraient-elles nuisibles, et les révulsifs cutanés, l'emploi des balsamiques, la vapeur du goudron dirigée dans les bronches, et tous les moyens analogues, conviendraient sans doute davantage. Ce sont probablement des irritations de ce genre qui ont été guéries par les agens que nous venons de citer; telle est aussi l'opinion de M. Andral.

De la leucorrhée.

A la suite des vaginites chroniques, quelle qu'en ait été la cause, il est rare que la membrane muqueuse vaginale ne continue pas à sécréter plus abondamment que dans l'état naturel, un mucus plus ou moins épais, de couleur variable, mais le plus ordinairement blanc et inodore, sans rougeur, sans chaleur, et sans douleur ni gonflement de la partie. Souvent aussi cette irritation sécrétoire est primitive chez les femmes qui se nourrissent mal, qui boivent du cidre ou de l'eau trouble et non filtrée, qui habitent des lieux bas, humides et sombres; chez celles qui sont blondes, molles et lymphatiques, qui sont continuellement renfermées et assises, ou qui font usage des chaufferettes, ou se livrent à la masturbation ou à un coït immodéré. Quelquefois elle est sympathique d'une irritation chronique des voies digestives; l'abus du café et de certains stimulans suffit parfois pour l'entretenir; elle dépend, dans quelques cas, de la présence d'hémorrhoïdes dans le rectum. C'est à la sécrétion morbide de la membrane muqueuse du vagin, développée par ces causes et née dans l'une de ces circonstances, que nous réservons le nom de *leucorrhée*. Tous les autres écoulemens vaginaux ne sont que le symptôme des phlegmasies de l'utérus ou du vagin lui-même. Il en a déjà été question dans l'histoire de ces inflammations, et particulière-

ment dans celle de la vaginite, et si nous leur avons donné quelquefois le nom de leucorrhée, ce n'a été que pour nous conformer au langage reçu, et nous faire plus facilement comprendre. Il est d'ailleurs très-difficile parfois de distinguer si un écoulement vaginal dépend d'une phlegmasie chronique ou d'une simple irritation secrétoire, et il nous arrivera forcément de nous répéter.

Les symptômes de la leucorrhée sont peu nombreux, mais caractéristiques. L'écoulement plus ou moins abondant du mucus, joint à l'absence des phénomènes inflammatoires, à la faiblesse et à la pâleur des malades, et à l'irrégularité des fonctions digestives lorsque le mucus sécrété est abondant : tels sont ces symptômes. L'écoulement est quelquefois si copieux qu'il force les malades à se garnir de linges comme à l'époque de leurs règles, et finit même par les jeter dans l'épuisement. Il est presque toujours difficile de décider dès les premiers jours si l'état des voies digestives est effet ou cause de l'écoulement; très-souvent même les deux affections s'entretiennent l'une par l'autre. L'approche des règles, tous les excès, les chagrins, les contrariétés, la colère, augmentent ordinairement la sécrétion morbide. Le mucus est, ainsi que nous l'avons déjà dit, séreux et limpide, ou blanchâtre et filant, ou grumeleux; lorsqu'il est épais et jaune, ou verdâtre et odorant, il est plus que probable qu'il est le produit d'une phlegmasie chronique.

On guérit difficilement la leucorrhée, parce qu'en général les malades ne s'en plaignent que lorsqu'elle est déjà très-ancienne, et qu'elle est devenue en quelque sorte un état habituel; en outre, il n'est que peu de leucorrhéiques qui puissent faire une réforme complète dans leur régime et leurs habitudes, et cependant cette condition est souvent indispensable à la guérison. Toutefois, voici les moyens que l'on regarde comme les plus efficaces : une alimentation saine, un air sec et vif, et surtout l'habitation à la campagne, l'exercice, la ces-

sation des mauvaises habitudes, l'usage des vins généreux, des ferrugineux, de la rhubarbe et du quinquina, etc., si les voies digestives sont exemptes d'irritation ; les frictions sèches ou aromatiques sur tout le corps, les bains de vapeurs simples ou aromatiques, et les vêtemens de flanelle. On joint ordinairement à ces moyens généraux, qui ont pour effet de répartir l'excitation sur tous les tissus, l'emploi de quelques topiques locaux, tels que les demi-bains froids ou peu chauds, les injections et les lotions fréquentes avec des liquides astringens, comme l'eau de Goulard; les dissolutions légères de sulfates de fer, de zinc, d'alumine, d'oxyde de zinc, etc. L'iode à l'intérieur, et les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse à l'extérieur, ont été employés avec le plus grand succès contre cette affection par le docteur Gimelle. Quand la leucorrhée est sympathique d'une gastrite chronique ou d'hémorrhoïdes, ils est évident que, pour la faire cesser, il faut guérir ces affections.

HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME SÉREUX.

Considérations générales.

L'accumulation d'un liquide quelconque dans la cavité des membranes séreuses est presque constamment l'effet de leur inflammation, et par conséquent dans le plùs grand nombre de cas un symptôme et non une maladie. Quand l'épanchement ne dépend pas de cette cause, il est le plus ordinairement l'effet, ou d'une autre phlegmasie plus ou moins éloignée, ou d'un obstacle mécanique qui s'oppose à l'absorption; et, dans ces cas, il n'est encore qu'un symptôme. Quelquefois cependant, mais dans des cas assez rares, il dépend de ce degré d'irritation qui ne s'élève pas à la phlogose, et qui se borne à augmenter la sécrétion naturelle du tissu. Cet épanchement a reçu le nom générique d'*hydropisie ;* pendant long-temps on en a expliqué le mode de formation par l'*asthénie* des vaisseaux absorbans,

mais cette théorie, généralement abandonnée aujourd'hui, n'est qu'une hypothèse sans fondement.

Pouvant se développer idiopathiquement dans quelques-uns, ainsi que nous venons de le dire, survivant assez fréquemment à l'inflammation qui l'a fait naître, et dans les deux cas devenant la source d'indications spéciales, l'irritation sécrétoire des membranes séreuses constitue donc un genre de maladies ayant leur nature particulière, et qu'il faut par conséquent étudier à part.

L'hyperdiacrisie des membranes séreuses doit à la disposition même de ces membranes en forme de sacs sans ouverture, la particularité de l'accumulation du liquide sécrété qui la distingue des autres irritations sécretoires, et qui l'en a fait séparer jusqu'au jour où nous avons démontré l'identité de nature de toutes ces affections. Le froid humide et l'inflammation d'un autre organe que la membrane séreuse qui devient le siége de l'hydropisie, en sont les causes principales; nous verrons qu'il en existe de spéciales pour chaque hydropisie en particulier. Nous avons déjà dit que les deux symptômes pathognomoniques étaient la distension de la séreuse, et la compression des organes voisins, et que les principales indications du traitement consistaient à donner issue au liquide épanché et à en prévenir la reproduction; il est donc inutile d'y revenir ici.

De l'hydrophthalmie.

L'hydrophtalmie peut avoir son siége dans la membrane de l'humeur aqueuse, dans celle du corps vitré, ou dans l'une et l'autre de ces membranes à la fois; mais la forme la plus commune est celle dans laquelle les deux membranes sont affectées en même temps. Scarpa (1) dit n'avoir jamais vu de cas où il lui fût possible de distinguer laquelle des deux humeurs

(1) Voyez son *Traité des principales maladies des yeux*, traduit par MM. Bégin et Fournier-Pescay.

(aqueuse ou vitrée) avait le plus contribué à la maladie par son augmentation. Cette affection est toujours chronique et continue. Elle n'affecte ordinairement qu'un œil. Dans le plus grand nombre de cas, elle n'est que le symptôme de la désorganisation latente d'une des parties intérieures de l'œil.

Causes. Les causes qui la produisent sont peu connues. Cependant on la voit assez souvent succéder, chez les enfans, aux ophthalmies que laisse la variole, ou survenir après la répercussion de la gale ou d'autres exanthèmes cutanés chroniques, etc. Quelquefois elle paraît être la suite d'une contusion de l'œil ou de la tempe du même côté, surtout lorsque le sujet est fort jeune. En général, elle commence dans le premier âge, et très-souvent elle est congéniale, et paraît dépendre d'un véritable vice de conformation.

Symptômes. Aucune maladie n'est plus facile à reconnaître que celle dont nous parlons. Dès que les humeurs de l'œil deviennent surabondantes, l'organe augmente de volume, et ce qui en paraît entre les paupières, prend d'une manière très-marquée la forme d'un ovale allongé de haut en bas. La cornée s'étend dans toutes ses dimensions, et l'organe tout entier, beaucoup plus gros que celui du côté opposé, semble, en quelque sorte, avoir été emprunté à un animal d'une plus forte stature que l'individu auquel il appartient C'est ce degré de la maladie que quelques auteurs désignent sous le nom de *buphthalmie*. L'iris devient d'abord plus mobile qu'à l'ordinaire, et il est affecté d'un tremblement particulier à l'occasion du moindre mouvement de l'œil (1) : mais bientôt sa mobilité diminue et la pupille reste dilatée. Dès le début de la maladie, l'œil devient myope par l'effet du changement qu'il éprouve dans sa forme ; dans la suite, il perd successivement la faculté de distinguer les petits objets, puis les couleurs, puis les masses, puis la lumière d'avec les ténèbres, et enfin il

(1) Scarpa, *ouvrage cité*.

est frappé d'amaurose complète, par compression de la rétine, avec ou sans opacité du cristallin. Les paupières s'étendent en proportion de l'accroissement du volume du globe oculaire. Tant qu'elles suffisent pour le recouvrir complètement, le malade souffre en général peu ; il n'éprouve qu'un sentiment pénible de tension dans l'organe, et de difficulté à le mouvoir. Quelquefois cependant il survient, lorsque la maladie est avancée, des espèces de redoublemens pendant lesquels l'œil est traversé par des douleurs vives et lancinantes, et qui ont pour résultat une augmentation brusque de l'épanchement et par conséquent de la distension des tissus. Mais aussitôt que les paupières ne peuvent plus cacher l'œil, cet organe continuellement excité par l'action de l'air et par le frottement des cils, et exposé au contact des corps extérieurs, devient habituellement rouge et larmoyant, et il est fréquemment le siége de violentes inflammations, accompagnées de douleurs vives, qui se répandent par élancemens de son fond dans tout le côté correspondant de la tête. Quelquefois même ces douleurs sont tellement intolérables qu'elles compromettent la vie des malades (1), et que ceux-ci demandent à grands cris d'en être débarrassés à quelque prix que ce soit. Enfin, si la maladie est abandonnée à ses progrès naturels, la cornée devient saillante et pointue, s'obscurcit, s'engorge, s'ulcère et se détruit, ainsi que toutes les parties constitutives du globe. Quelquefois l'ulcération commence par la paupière inférieure, et de là se propage à l'organe principal.

Il est presque inutile, après l'énumération qui vient d'être faite des symptômes par lesquels s'annonce l'hydropisie simultanée des deux membranes séreuses de l'œil, d'indiquer ceux qui appartiennent à la même maladie lorsqu'elle a son siége isolément dans l'une ou dans l'autre de ces membranes. Il est facile de voir qu'à l'hydropisie de la chambre antérieure ap-

(1) Louis, *Mémoires de chirurgie*. — Terras, *Journal de Médecine de Paris*, 1770.

partiennent l'agrandissement et la saillie de la cornée transparente, tandis que l'accroissement de volume et les changemens de forme bornés à la partie postérieure du globe, sont exclusivement produits par l'accumulation de liquide dans la cavité de la membrane hyaloïde. On a dit aussi que, dans ce dernier cas, l'iris, fortement poussé en avant, forme dans la chambre antérieure une convexité très-marquée, tandis que dans l'hydropisie de la chambre antérieure, il est refoulé en arrière, et prend, par conséquent, la forme opposée. Il est facile de concevoir qu'une masse de liquide, accumulée dans les régions profondes de l'œil, pousse l'iris du côté de la face concave de la cornée; mais il nous paraît impossible qu'il puisse être porté en arrière par le liquide épanché dans la membrane de l'humeur aqueuse. En effet, l'ouverture de la pupille doit permettre à la sérosité de se porter en égale quantité devant et derrière l'iris, et il doit rester en équilibre au milieu. Quoi qu'il en soit, c'est sous l'influence des causes déjà indiquées, mais dont l'action est circonscrite dans les régions profondes ou dans les régions superficielles de l'œil, que ces maladies se développent. C'est ainsi que les ophthalmies internes chroniques produisent souvent l'hydropisie du corps vitré, et que les différentes dégénérations de la cornée transparente déterminent souvent celle de la chambre antérieure : le staphylôme en est toujours accompagné.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de l'hydrophthalmie est en général très-lente; sa durée, par conséquent, en quelque sorte indéfinie, sa terminaison souvent fâcheuse, puisqu'il en résulte presque toujours la perte de l'œil; le pronostic en est donc toujours grave. Cependant on la voit quelquefois suspendre tout à coup ses progrès et rester stationnaire pour tout le reste de la vie de l'individu, et d'autres fois, mais rarement, rétrograder et disparaître. C'est surtout lorsque les jeunes filles arrivent à l'époque de la puberté que cette terminaison heureuse, mais rare, se fait observer. Quel-

quefois aussi les progrès de la maladie sont arrêtés, parce que la cornée, très-amincie, s'entr'ouvre de temps en temps et laisse ainsi échapper le liquide surabondant.

Caractères anatomiques. Les dissections d'yeux affectés d'hydrophthalmie ont fait voir que cette affection peut être le résultat de dégénérations diverses, ayant leur siége dans presque toutes les parties constitutives de l'œil. Quelquefois, on trouve la membrane de l'humeur aqueuse opaque et épaissie; souvent la cornée transparente est altérée, le cristallin et sa membrane sont opaques, la rétine et la choroïde sont désorganisées. Ordinairement le corps vitré n'existe plus, et sa membrane est convertie en une cavité unique, qui contient un liquide séreux, transparent ou diversement coloré, au milieu duquel flottent les débris opaques des cloisons détruites de la membrane hyaloïde. Scarpa l'a vue produite par un *fongus hœmatodes* développé dans le fond de l'œil.

Traitement. Les efforts de l'art sont la plupart du temps impuissans pour ramener l'œil hydropique à son état naturel, et cependant il est peu de maladies qui présentent des indications aussi simples en apparence que l'hydropthalmie, puisqu'elles semblent se réduire, lorsque la maladie est à son début, à combattre l'irritation dont l'accumulation de liquide n'est qu'un symptôme. On a tour à tour préconisé une foule de moyens qui sont aujourd'hui pour la plupart abandonnés. Nous pensons que des applications de sangsues, réitérées suivant le besoin à la tempe et autour de l'orbite; que des fomentations d'eau végéto-minérale, propre à calmer directement l'irritation, et qu'une dérivation longtemps continuée : 1° sur les intestins, par l'usage des purgatifs mercuriaux ou autres; 2° sur la peau, par les pédiluves irritans, et les vésicatoires appliqués sur la tempe ou sur le sourcil; 3° ou enfin, sur le tissu cellulaire, par un séton à la nuque ou par un cautère au bras, sont les moyens qui doivent constituer le traitement le plus rationnel, et qu'ils doivent être constamment préférés aux diurétiques,

aux diaphorétiques, à l'électricité, et surtout à la compression, qui nous semble n'être pas exempte de dangers. Ces moyens doivent être continués tant que les douleurs ne sont pas très-violentes ou que l'œil n'a pas franchi l'intervalle des paupières. Mais aussitôt qu'il se déclare des douleurs vives, et capables de transmettre à l'encéphale une irritation funeste, ou dès que l'organe, trop volumineux pour être abrité par les paupières, devient le siége d'inflammations réitérées ou menace de s'ulcérer, il faut attaquer directement la collection liquide. Il y a pour cela deux méthodes : l'une consiste à évacuer, par des ponctions répétées de temps en temps, l'excédent de liquide qui produit la distension ; l'autre consiste à vider complètement l'œil, et à le transformer en une espèce de tubercule plein et mobile, sur lequel on peut facilement placer un œil artificiel.

On ignore à qui appartient l'idée première de la paracentèse de l'œil. Pline en a parlé d'une manière vague. Parmi les modernes, M. B. Valentin a fait connaître une observation du docteur Wesen, ayant pour titre *Hydrophthalmie guérie par la paracentèse*; mais l'opération ne s'y trouve pas décrite. Nuck, après avoir fait placer le malade dans la position requise pour l'opération de la cataracte, faisait une ponction au centre même de la cornée transparente, à l'aide d'un trois-quarts de petite dimension et fait exprès. Woolhouse se servait aussi d'une instrument analogue, qu'il nommait *paracenterium*; mais il l'enfonçait dans la sclérotique, dans le même lieu où l'on fait pénétrer l'aiguille pour opérer la cataracte par abaissement. Heister piquait aussi dans ce lieu, mais il se servait d'une lancette. Sabatier pense qu'on doit plonger un petit couteau à cataracte, à deux tranchans, dans la cornée transparente, à l'endroit même où l'on commence l'incision dans l'opération de la cataracte par extraction. Tous ces auteurs conseillent d'introduire, pendant quelques jours, une mèche dans la plaie, afin de permettre au liquide de s'écouler

complètement, de comprimer ensuite l'organe avec une plaque de plomb, et de se mettre, pendant tout le temps que dure le traitement, en garde contre les accidens inflammatoires qui pourraient survenir. C'est aussi pour procurer au liquide un écoulement plus gradué, que Ford a proposé de traverser la cornée de part en part, avec un séton composé de plusieurs brins de fil, dont on diminue chaque jour le nombre en en supprimant un. Mais, quel que soit le procédé qu'on ait mis en usage, cette méthode a toujours l'inconvénient d'exposer presque certainement à la récidive de la maladie, et les corps étrangers que l'on introduit dans la plaie, ou qu'on place sur l'œil, celui d'exciter une inflammation vive; aussi paraît-elle presque généralement abandonnée aujourd'hui. Nous pensons cependant qu'elle doit être employée toutes les fois que l'œil a conservé sa transparence, et qu'il ne fait pas saillie entre les paupières. Nous croyons que, dans ces cas, la ponction doit être faite sur la cornée transparente quand c'est la membrane de l'humeur aqueuse qui est le siége de l'épanchement, et sur la sclérotique lorsque c'est le corps vitré. Quant au choix de l'instrument, il faut toujours se servir du couteau à cataracte pour diviser la cornée, parce qu'il produit moins de désordre dans le tissu de l'organe que le trois-quarts; et, au contraire, il faut se servir de ce dernier instrument pour pénétrer dans le corps vitré, parce que sa canule présente au liquide plus de facilité pour s'écouler au-dehors. Enfin, nous rejetons l'interposition d'un corps étranger dans la plaie, ou son application sur le globe oculaire, comme pouvant exciter une inflammation qu'on a toujours intérêt à éviter. Ce procédé, que du reste nous n'avons jamais vu mettre en usage, permettrait peut-être de conserver l'œil plus long-temps, et même pour toujours, si l'irritation, cause de l'hydropisie, venait à cesser définitivement après qu'on aurait fait un certain nombre de ponctions.

Mais toutes les fois que la cornée désorganisée fait saillie

entre les paupières, le traitement dont il vient d'être question ne conviendrait plus, puisque, en supposant qu'il réussît à faire rentrer l'œil en dedans des paupières, cet organe resterait toujours plus difforme qu'un œil artificiel. Il faut alors recourir à la méthode le plus généralement adoptée aujourd'hui, et qui consiste, comme nous l'avons dit, à vider l'œil en enlevant un segment du sphéroïde qu'il forme en avant. Les praticiens ne sont pas d'accord sur le lieu où il convient de faire cette opération. Louis, Terras, Mauchart et Scarpa ont vu des accidens inflammatoires très-graves survenir lorsque la section porte sur la sclérotique, en arrière de la circonférence de la cornée, et ils conseillent de n'enlever qu'une portion de cette membrane. Quelques-uns emploient encore le procédé de Celse qui incisait crucialement la cornée, et opérait ensuite avec des ciseaux la résection des quatre lambeaux. Scarpa se sert d'un couteau à cataracte, à l'aide duquel il détache la demi-circonférence inférieure de la cornée transparente, exactement comme cela se fait dans le premier temps de l'opération de la cataracte par extraction; après quoi il saisit le lambeau avec des pinces, et, retournant le tranchant de son instrument en haut, il achève d'en détacher circulairement la presque totalité. L'œil se vide peu à peu. L'inflammation est en général si peu intense, qu'elle n'a besoin d'être combattue que par des moyens très-simples; quelquefois même elle est si lente et si faible, qu'il devient nécessaire de l'exciter. Il suffit pour cela de laisser l'œil exposé au contact de l'air pendant quelques heures ou pendant une journée. Au bout de quelques jours le bord de la section se détache sous la forme d'une escharre grisâtre; alors l'organe diminue rapidement de volume, et l'ouverture se rétrécit en proportion. Vers la fin du traitement, cette ouverture donne passage à un petit tubercule rougeâtre et comme fongueux, formé par les membranes intérieures enflammées, et qu'il suffit de toucher légèrement avec le nitrate d'argent pour qu'il disparaisse complètement; alors

la guérison est achevée, et il ne reste plus qu'à placer un œil artificiel.

M. Demours (1) emploie pour opérer la résection de l'œil un instrument mécanique, analogue à celui que Guérin a proposé pour l'opération de la cataracte, mais plus grand. L'anneau reçoit, non-seulement la totalité de la cornée, mais encore une petite partie de la sclérotique, et la lame, au lieu de ne détacher qu'un lambeau demi-circulaire, sépare complètement toutes les parties qui sont reçues dans l'anneau. Ce procédé a l'avantage de terminer l'opération dans un instant presque indivisible, et, quoiqu'il agisse sur la sclérotique, l'auteur dit ne l'avoir jamais vu suivi d'accidens graves; cependant, comme ces accidens ont été observés par d'autres, tandis que la section bornée à la cornée ne paraît pas y avoir jamais donné lieu, c'est le procédé de Scarpa, au moyen duquel l'œil se vide tout aussi complètement, qui nous paraît mériter la préférence.

De l'hydrocéphale.

Comme son nom l'indique, l'hydrocéphale est une accumulation d'eau dans la tête; son siége précis est la cavité de l'arachnoïde, soit dans les ventricules, soit entre les deux lames de cette membrane à la surface des hémisphères cérébraux. Les auteurs l'ont divisée en *aiguë* et en *chronique*; et les causes qu'ils lui assignent sous l'une ou sous l'autre de ces formes, les symptômes sous lesquels ils la décrivent, la marche, la durée et les modes de terminaison qu'ils lui attribuent, enfin les lésions cadavériques qu'ils reconnaissent avoir rencontrées à sa suite, tout démontre que c'est l'histoire de l'arachnoïdite qu'ils ont tracée sous le nom de l'un de ses symptômes. L'épanchement n'est pas la maladie, dit M. Itard, qui a le

(1) *Traité des maladies des yeux.*

mieux écrit sur l'hydropisie en général et sur l'hydrocéphale en particulier, il n'en est que le résultat. La maladie est toujours l'irritation de l'arachnoïde, quelquefois sympathique d'une phlegmasie gastro-intestinale, d'autres fois d'une inflammation aiguë ou chronique du cerveau lui-même, et souvent idiopathique. Presque toujours de nature inflammatoire, cette irritation est sans doute quelquefois bornée à la simple augmentation de la sécrétion de la membrane, mais aucun symptôme ne peut la faire distinguer de la phlegmasie.

Des enfans naissent quelquefois avec une hydrocéphale, qu'on nomme alors *congéniale*, et si l'épanchement a lieu dans les ventricules, toute la substance cérébrale est déplissée en membrane, et sert de poche au liquide; s'il existe au contraire à la surface du cerveau, cet organe est déprimé vers la base du crâne, et converti en une espèce de moignon. Dans quelques cas, on trouve la substance cérébrale réduite en une sorte de bouillie au milieu de l'épanchement. Peut-on dire que ces hydrocéphales dépendent de l'irritation de l'arachnoïde? Sans doute on ne peut pas le démontrer, mais il est probable qu'il en est ainsi, car on sait que le fœtus, dans le sein de sa mère, est apte à contracter toutes les phlegmasies connues. Toutefois, il serait possible que cet épanchement dépendît quelquefois d'un obstacle au retour du sang veineux du cerveau vers le cœur, obstacle qui, s'opposant à la libre absorption des fluides sans cesse exhalés par les extrémités artérielles, en produirait ainsi l'accumulation dans l'encéphale.

Nous avons déjà dit, en parlant de l'arachnoïdite, que l'on avait proposé et employé la ponction du crâne pour donner issue au liquide accumulé. Cette opération est toujours suivie de la mort prompte du malade : on doit donc y renoncer. Le seul cas où il devient indispensable d'y avoir recours, c'est celui d'une hydrocéphale congéniale qui s'oppose à la sortie du fœtus du sein de la mère. Telle est, au reste, l'unique indication spéciale dont l'hydrocéphale puisse devenir l'objet, car tous

les autres moyens doivent avoir pour but de détruire l'irritation encéphalique ou gastro-intestinale, cause première du désordre. Ils ont été exposés dans l'histoire de l'arachnoïdite.

De l'hydrorachis.

Ce que nous avons dit précédemment des causes, des symptômes, etc., de l'hydrocéphale, est en partie applicable à l'hydrorachis. Cet épanchement de liquide dans l'arachnoïde rachidienne dépend en effet presque toujours de l'irritation directe ou sympathique de cette membrane, et n'a pas de symptômes particuliers. Quelquefois, cependant, le liquide accumulé dans le canal rachidien provient de l'arachnoïde cérébrale ; on pense aussi qu'il peut s'y rassembler par l'effet de l'engorgement des veines du rachis et des enveloppes membraneuses de la moelle. Le seul symptôme bien positif, qui puisse en révéler l'existence, consiste dans la tumeur que peut former l'épanchement dans un des points de la colonne vertébrale ; mais il est excessivement rare de l'observer, si ce n'est dans l'hydrorachis congéniale. La paralysie des extrémités inférieures et les convulsions peuvent être produites par toute autre affection du canal rachidien.

L'hydrorachis congéniale a aussi été nommée *spina bifida*, parce que la poche qu'elle forme à l'extérieur existe ordinairement entre un écartement des deux moitiés d'une ou de plusieurs vertèbres. Tantôt toute la vertèbre est divisée, tantôt elle manque seulement d'une partie plus ou moins étendue de ses arcs latéraux ; enfin, quelquefois les arcs bien développés sont seulement écartés, et, dans tous ces cas, la colonne épinière est comme *bifide*. La tumeur hydrorachidienne varie pour la forme : elle est arrondie, ou bursale, ou piriforme, ou pédiculée, et quand tout le rachis est bifidé, comme Bidloo et Valsalva l'ont observé, elle est longitudinale et plus ou moins prononcée ; elle est variable également en grosseur de-

puis celle d'une noisette jusqu'à celle des deux poings. Elle est quelquefois transparente, mais plus fréquemment opaque, sans changement de couleur à la peau, dans les cas les plus nombreux, mais parfois avec coloration rougeâtre ou brunâtre de cette membrane; rénitente et lisse, rarement molle et ridée. C'est à la région lombaire qu'on la rencontre le plus fréquemment, moins souvent à la région dorsale, plus rarement encore au cou et au sacrum. Quelquefois il existe deux tumeurs à la fois : ordinairement, une occupe les lombes, l'autre la région du dos ; elles communiquent presque toujours ensemble. Les divers points de l'étendue du crâne, et particulièrement l'occiput, offrent quelquefois des hydrocéphales congéniales partielles, qu'on pourrait rapprocher des tumeurs hydrorachidiennes.

L'hydrorachis congéniale est ordinairement accompagnée de convulsions, d'assoupissement, et surtout de paralysie des extrémités inférieures. Soit par l'effet du frottement, soit parce que la peau est incessamment distendue par l'abord continu du liquide, cette membrane ne tarde pas à rougir et à s'enflammer; elle se crève et donne issue au liquide épanché ; la mort en est très-promptement la suite. La sérosité qui s'écoule est limpide et plus ou moins citrine, quelquefois sanguinolente, purulente, et parfois noirâtre. Outre l'état des vertèbres dont il a été question ci-dessus, on trouve, à l'ouverture des cadavres, la moelle diversement altérée; elle est amincie ou ramollie, ou divisée dans une plus ou moins grande étendue, ou percée d'un canal dans son intérieur, et quelquefois complètement détruite vis-à-vis l'hydrorachis. Ces lésions ne sont pas constantes, et la moelle ne présente quelquefois aucune altération. L'arachnoïde rachidienne offre très-souvent des traces de phlogose, suivant M. Itard.

L'hydrorachis congéniale est presque toujours mortelle en quelques jours. On lit cependant dans les auteurs des exemples d'une assez longue durée de cette affection, comme dix

ans (Bonn), vingt ans (Warner), et vingt-huit ans (Camper). Terris rapporte un exemple de guérison. L'hydrorachis qui survient accidentellement chez les adultes est-elle susceptible de guérison? M. Ollivier d'Angers rapporte une observation qui tend à faire croire que le liquide épanché peut être résorbé (1). Le rôle du médecin, dans le cas de tumeur hydrorachidienne, se borne à préserver cette tumeur de toute pression, de tout frottement qui pourrait enflammer la peau, et hâter l'instant fatal. Quant au traitement de l'hydrorachis accidentelle, c'est celui de l'arachnoïdite rachidienne, dont elle n'est qu'un symptôme.

De l'hydrothorax.

L'hydrothorax, ou accumulation de liquide dans la cavité des plèvres, est presque constamment l'effet de l'inflammation aiguë ou chronique de ces membranes; lorsqu'il n'en dépend pas, ce qui, selon M. Laennec, arrive à peine une fois sur deux mille (2), il est probablement l'effet d'un obstacle à la circulation, dont le siége reste à déterminer (3). Cet épanchement ne doit donc pas nous occuper sous le rapport des causes ni des symptômes, puisque nous ne ferions que répéter ce que nous avons dit en traitant de la pleurite aiguë et chronique. Tout ce que nous ajouterons ici, relativement au trai-

(1) *De la moelle épinière et de ses maladies*, p. 285, observation XXXIX.

(2) *De l'Auscultation médiate*, tom. I[er], pag. 409. I[re] édition.

(3) « Unde intelligitur quare post asthma spasmodicum, convulsivum, « diù toleratum, toties sequatur hydrops thoracis. Certe in hoc morbo, cor « dextrum sanguinem pellere nequit per pulmonem constrictum; hinc venæ « cavæ se evacuare non possunt; ideo omnes venæ turgent, livescunt labia « et tument miseris, ideoque et venæ lymphaticæ resorptam lympham « tradere nequeunt venis sanguinis præ nimia plenitudine turgentibus; per- « gunt tamen arteriæ exhalare, et perpetuum fit in thoracis cava stillici- « dium. » (Van Swieten, *Comment. in Boerrh. Aphoris*, tom. IV, pag. 130.)

tement, c'est que la paracentèse du thorax a été pratiquée quelquefois avec succès. Il serait important de bien déterminer les cas dans lesquels cette opération peut être utile. Ce doit être dans ceux où la phlegmasie de la membrane a cessé; mais comment en acquérir la certitude? Le procédé opératoire sera décrit lorsqu'il sera question de l'empyème.

De l'hydorpéricarde.

C'est encore un symptôme que l'on a érigé en maladie. L'accumulation de sérosité dans la membrane séreuse qui enveloppe le cœur, ou l'hydropéricarde, est en effet constamment produit par l'inflammation de cette membrane; nous renvoyons donc pour les causes, symptômes, etc., à l'article de la péricardite; nous ajouterons seulement ici quelques mots sur le traitement, en exposant les procédés opératoires qui ont été proposés pour donner issue au liquide épanché.

Lorsqu'on ne peut plus conserver aucun doute sur l'existence de l'hydropéricarde, qu'il est considérable, qu'il menace incessamment la vie du sujet, et que les médicamens que nous avons indiqués restent sans effet, on peut tenter l'ouverture du péricarde, pour le débarrasser de la sérosité qui le remplit. Cette opération est dangereuse, mais la maladie est inévitablement mortelle; l'hésitation n'est donc permise que si l'état général du malade ne laisse pas d'espérance. Pour donner au liquide une issue au dehors, Senac voulait qu'on plongeât un trois-quarts entre les cartilages des troisième et quatrième côtes asternales gauches, à deux pouces du bord du sternum, et qu'on le dirigeât obliquement derrière l'appendice xyphoïde, en le poussant d'avant en arrière et de dedans en dehors. Desault, dans un cas où il croyait ouvrir un hydropéricarde, fit une incision entre le cartilage de la sixième et de la septième côte sternales gauches, près du sternum, divisa le plan intercostal, porta le doigt dans la plaie, reconnut la fluctuation, et

fit avec la pointe du bistouri une ponction, qui fut suivie de l'évacuation du liquide. On sentit alors le cœur battre au fond de la plaie, mais l'ouverture démontra que l'on n'avait ouvert qu'un kyste séreux, placé au-devant du péricarde. M. Skeilderup a proposé d'appliquer une couronne de trépan sur la partie gauche du sternum, immédiatement au-dessus de l'insertion du cartilage de la cinquième côte, et de pénétrer jusqu'au péricarde à travers cette ouverture. M. Richerand pense qu'on pourrait faire au péricarde une large ouverture, afin de permettre à l'air d'entrer dans la cavité de cette membrane, de l'enflammer et d'obtenir la cure *radicale* de la maladie, en la faisant partout adhérer à elle-même. De tous ces procédés, celui de Desault nous paraît le meilleur, celui de Senac n'est pas sûr, celui de Skeilderup est difficile et laborieux; quant à celui de M. Richerand, aucun chirurgien physiologiste ne sera tenté de l'essayer.

De l'ascite.

On nomme *ascite* l'accumulation de sérosité dans la cavité abdominale. Dans le plus grand nombre des cas, elle n'est que le symptôme de la péritonite; quelquefois elle dépend d'une gastro-entérite chronique qui excite le péritoine et le force à sécréter plus abondamment que dans l'état normal; elle est assez souvent l'effet des phlegmasies chroniques du foie, occupant une grande étendue de cet organe; de celles de la rate, des reins, des ovaires, et de la tuméfaction d'un grand nombre de ganglions mésentériques; elle est parfois produite par l'oblitération de la veine-porte (1); elle naît quelquefois sous l'influence du froid humide appliqué subitement sur la peau, d'une boisson glacée lorsque le corps est en sueur; mais alors elle est presque toujours précédée de l'infiltration des extrémités inférieures; enfin elle survient parfois vers la fin des ma-

(1) *Mémoire sur l'oblitération des veines*, etc., par M. Bouillaud.

ladies du cœur, et dans ce cas, comme dans le précédent, elle est toujours précédée d'anasarque.

L'ascite accompagne les symptômes des phlegmasies du péritoine, du foie, de la rate, des reins, des ovaires, de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et on les lui a donnés pour cortége dans les diverses descriptions qu'on en a faites. Il est évident qu'elle n'est elle-même alors qu'un symptôme ou l'effet de ces phlegmasies. Mais elle se développe quelquefois sans avoir été précédée par aucune de ces affections, ou bien elle survit à leur guérison, et constitue alors par elle-même une maladie. Dans tous les cas d'ailleurs elle a des caractères propres qui la font reconnaître, elle devient en outre la cause de phénomènes morbides secondaires qu'on peut, à la rigueur, appeler ses symptômes, et il importe d'exposer les uns et les autres.

Quelle que soit donc la cause de l'ascite, voici par quels signes elle se manifeste, et les accidens qu'elle entraîne. On s'aperçoit d'abord que le volume du ventre augmente dans la région hypogastrique, puis la tumeur envahit peu à peu tout l'abdomen; elle devient considérable; la peau se distend et est luisante; et si, plaçant une main à plat sur un des côtés de l'abdomen, on frappe avec l'autre de petits coups sur le côté opposé, on sent distinctement le flot du liquide qui vient battre la paroi abdominale sur laquelle l'une des mains est placée. Suivant la position que le malade prend dans son lit, la forme du ventre change; la masse du liquide se porte du côté où se couche le malade, et s'il reste sur le dos, l'abdomen s'aplatit au centre et bombe dans les flancs. A mesure que l'accumulation de sérosité augmente, la peau se distend et s'amincit de plus en plus; le diaphragme refoulé s'abaisse difficilement, et il en résulte une gêne de la respiration d'autant plus grande que le malade est dans une position plus horizontale; elle diminue beaucoup lorsqu'il est assis. La peau de tout le corps, mais surtout celle du visage et des avant-bras, devient terreuse, sèche et râpeuse; la soif est souvent très-vive; les urines sont rares; le

malade maigrit et meurt dans le marasme ; ou bien une infiltration de tout le tissu cellulaire a lieu ; la plèvre elle-même se remplit de liquide , et le malade meurt comme suffoqué.

La mort n'est pas la conséquence inévitable de l'ascite ; si la phlegmasie qui la produit peut être découverte, ce qui n'est pas toujours facile, comme le traitement devient nécessairement plus rationnel, il y a plus d'espérance de succès. Lorsqu'elle a été produite très-promptement par l'ingestion d'une boisson glacée ou par l'impression prolongée de vêtemens mouillés ou de l'eau froide sur le corps, elle est en général assez facilement curable, parce que le péritoine n'est pas altéré d'une manière sensible ; il n'est le siége que d'une irritation sécrétoire. Enfin, on l'a vue guérir fréquemment par un écoulement abondant d'urine, ou une diarrhée séreuse, ou des sueurs excessives, survenues spontanément ou provoquées par l'art. Sa durée est rarement moindre d'un à deux mois, elle se prolonge quelquefois pendant plusieurs années.

Les caractères anatomiques de l'ascite sont ceux de la péritonite, de toutes les phlegmasies chroniques des viscères contenus dans l'abdomen, et l'oblitération de la veine-porte. Son traitement, par conséquent, n'est autre que celui de ces affections. Mais lorsqu'il est impossible de savoir, pendant la vie, laquelle de ces phlegmasies en est là cause, il faut la traiter par les sudorifiques, ou par les diurétiques, ou par les purgatifs, et enfin par la paracentèse. Tous les médicamens qui composent ces trois grandes classes ont été employés, il est donc inutile d'en donner ici la liste. Nous citerons seulement parmi les premiers, les infusions chaudes de thé, de sureau, de sauge, de lavande, etc., l'acétate d'ammoniaque, l'opium, les frictions de toute espèce, et les vapeurs de toutes natures ; parmi les seconds, la scille, la digitale, l'asperge, le fraisier, la scorzonère, la pariétaire, le genièvre, le nitrate de potasse ; et parmi les derniers, le proto-chlorure de mercure, la résine de jalap, la bryone, le nerprun, la coloquinte, la gomme-

gutte, l'aloès, la gratiole, l'asaret, l'ellébore, l'eau-de-vie allemande. M. Lalanne vient d'employer le nitrate de potasse à très-hautes doses, avec un succès bien propre à en recommander l'emploi (1). Mais il ne faut pas perdre de vue, que ces médicamens produisent des effets contraires à ceux qu'on en attend si les voies digestives sont irritées, et qu'ils aggravent même le désordre. Il faut savoir les suspendre aussitôt qu'on s'aperçoit de leurs mauvais effets, et ne pas persister opiniâtrément à en gorger les malheureux malades. M. Landré-Beauvais rapporte qu'un malade, qu'il traitait en vain par ces moyens, fut promptement guéri par un autre médecin au moyen du petit-lait nitré et du lait pur (2). Nous venions de lire ce fait, lorsque nous avons guéri de la même manière un enfant auquel on parlait dejà de pratiquer la ponction. On seconde ordinairement avec avantage l'action de ces agens thérapeutiques, par les ventouses sèches, les sinapismes promenés sur la peau, et les vésicatoires aux jambes. Mais dans le cas d'ascite presque subitement survenue à la suite d'une boisson froide, de l'immersion du corps dans l'eau, de la suppression du flux hémorrhoïdal, de l'omission d'une saignée habituelle, en un mot, dans l'ascite par irritation sécrétoire, il ne faut pas hésiter à ouvrir la veine, et l'on doit en même temps ne prescrire que des boissons délayantes, acidules et légèrement diurétiques, et recommander la diète sévère. Enfin, lorsque l'accumulation de sérosité devient trop considérable, que les parois abdominales semblent menacées de rupture, que la gêne de la respiration est excessive, si le ventre n'est pas douloureux ou l'est à peine, il faut pratiquer la ponction. Cette opération guérit rarement, mais elle soulage toujours; elle prolonge et rend plus supportables les jours du malade.

(1) Voyez *Annales de la médecine physiologique*, mai 1824, pag. 409 et suivantes.

(2) *Dictionnaire de Médecine*, article ASCITE.

Pour la pratiquer, il faut préparer un trois-quarts, instrument trop connu pour qu'il soit besoin de le décrire ici, des alèzes pour garnir le lit du malade, un grand vase propre à recevoir le liquide, quelques compresses, quelques serviettes et un bandage de corps ou une bande de flanelle, longue de cinq à six aunes et de la largeur de la main.

Quelques chirurgiens font tenir le malade assis, mais dans cette position il est plus sujet à éprouver des syncopes, et presque tous le font coucher sur le bord de son lit, la tête et la poitrine soutenues par des oreillers, les cuisses relevées et fléchies, les talons rapprochés des fesses. On détermine alors le lieu où l'on doit pratiquer la ponction ; ce lieu a été diversement indiqué. Sa détermination précise a pour but d'éviter l'artère épigastrique qui est en avant le long du muscle droit, le foie et la rate qui sont sur les côtés, et qui étant souvent engorgés dans cette maladie, descendent quelquefois jusqu'à la crête de l'os des îles ; quant aux intestins, ils restent fixés à la colonne vertébrale, et sont par conséquent suffisamment éloignés des lieux où l'on pratique l'opération. En général on choisit le côté droit, afin d'éviter l'épiploon qui flotte au milieu de la sérosité, et qui descend plus bas du côté gauche. Quelques opérateurs recommandent de plonger l'instrument à quatre travers de doigt au côté et au-dessous de l'ombilic ; d'autres au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles ; d'autres encore, au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic, l'épine du pubis et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Sabatier propose d'opérer au milieu de l'espace qui sépare le bord des fausses côtes et la crête de l'os des îles, l'ombilic et l'apophyse épineuse de la colonne vertébrale : c'est à peu près en cet endroit qu'on opère le plus ordinairement. Enfin quelques chirurgiens ont tenté la ponction par le rectum chez l'homme, et par le vagin chez la femme ; mais ces exemples ne paraissent pas avoir été suivis.

Tels sont les endroits où l'on peut plonger le trois-quarts dans

tous les cas où les parois abdominales ont cédé uniformément. Mais quelquefois le liquide, trouvant moins de résistance dans certains points, vient y faire au-dessous de la peau une tumeur transparente sur laquelle il est évident qu'on doit alors pratiquer la ponction. C'est ainsi qu'on a vu la membrane séreuse former une hernie à l'ombilic, ou la sérosité remplir un ancien sac herniaire existant dans le scrotum, et la ponction faite avec succès dans ces deux endroits.

Quoiqu'il en soit, le lieu où il convient de pratiquer la ponction étant déterminé, on place le malade le plus près possible du bord du lit, et un aide, appliquant largement ses mains sur le côté opposé de l'abdomen, pousse le liquide vers le point qui doit être piqué. Le chirurgien prend alors le trois-quarts, trempe sa pointe dans de l'huile, en place le manche dans la paume de la main, les trois derniers doigts étant recourbés sur lui, le pouce et l'indicateur allongés sur sa tige, il en présente la pointe perpendiculairement aux tégumens, et évitant les grosses veines qui rampent ordinairement sous la peau, il le fait pénétrer d'un seul coup jusque dans la cavité du péritoine, en le poussant avec la paume de la main, et en abandonnant, si cela est nécessaire, sa tige de tous les doigts qui la tiennent. Le défaut de résistance et l'écoulement de la sérosité le long de la cannelure de la canule, lui font juger que l'instrument a pénétré à la profondeur requise. Il retire alors le poinçon en retenant la canule entre les deux premiers doigts de la main gauche; la sérosité qui s'écoule est reçue dans le vase préparé à cet effet; des pressions larges et douces facilitent sa sortie. Sur la fin de l'opération, il arrive souvent que le jet du liquide s'arrête tout à coup. Cela dépend communément de ce que l'un des organes abdominaux vient s'appliquer à l'extrémité de la canule; d'autres fois, c'est quelque flocon de fibrine décolorée qui vient la boucher. Il suffit en général de faire exécuter quelques mouvemens au malade, de diriger les pressions dans un autre sens, ou d'introduire un stylet mousse dans

la canule afin de repousser l'obstacle, pour rétablir le cours du liquide. Lorsque l'évacuation est terminée, on retire la canule en la saisissant de la main droite, tandis qu'avec les deux premiers doigts de la main gauche, placés sur les côtés de l'ouverture, on soutient les parties pour les empêcher de suivre l'instrument. On place alors des compresses épaisses, sèches ou trempées dans du vin chaud, et on les soutient par le bandage de corps, ou avec la bande de flanelle. On doit d'abord établir une compression assez forte, et ne rendre au ventre sa liberté que peu à peu, parce que, pendant les premiers jours, les parois abdominales ayant perdu toute leur élasticité, ne réagissent plus sur les organes abdominaux, et qu'il en résulte des embarras dans la circulation veineuse et dans la respiration, qui amènent des syncopes prolongées. Nous ne rappellerons pas que des hommes d'un grand mérite ont proposé d'injecter des liquides irritans dans le péritoine pour obtenir la cure radicale de l'ascite.

Si, malgré les précautions indiquées, on s'apercevait, après l'extraction de la canule, qu'il s'écoule par la plaie une quantité considérable de sang, il faudrait, à l'exemple de Bellocq, introduire dans la piqûre un cylindre de cire ou un bout de bougie emplastique, afin d'exercer une compression efficace sur le vaisseau divisé.

De l'hydrocèle.

On appelle *hydrocèle* toutes les accumulations de sérosité qui occupent le scrotum, et on les désigne par les noms d'*hydrocèle par infiltration*, d'*hydrocèle du cordon*, et d'*hydrocèle par épanchement* ou *de la tunique vaginale*, selon qu'elles ont leur siége, dans le tissu cellulaire qui sépare les diverses tuniques du testicule, dans la gaîne propre au cordon, ou enfin dans la cavité même de la membrane séreuse.

Les deux premières espèces appartiennent aux maladies du tissu cellulaire. Nous ne nous occuperons donc ici que de la der-

nière, c'est-à-dire de l'hydrocèle de la tunique vaginale ou *par épanchement.*

La disposition différente, aux différens âges de la vie, de la tunique vaginale, par rapport au péritoine, apporte des modifications importantes dans les phénomènes principaux de la maladie, ainsi que dans le traitement qu'il convient de lui opposer ; de là deux variétés principales de l'hydrocèle : l'une est l'*hydrocèle congéniale*, l'autre l'*hydrocèle des adultes.*

De l'hydrocèle congéniale.

Viguerie est le premier qui a décrit l'hydrocèle congéniale. Elle consiste en une collection de sérosité qui se fait dans la cavité de la tunique vaginale, avant que la communication entre cette tunique et le péritoine ait cessé.

Causes. On en trouve la cause dans cette communication même, qui permet à la sérosité du péritoine de s'épancher au-dehors. On l'observe principalement chez les enfans. Souvent le liquide suit le testicule, mais M. Dupuytren l'a vu plusieurs fois précéder cet organe, qu'il trouvait alors arrêté, soit au niveau de l'orifice supérieur du canal inguinal, soit dans le trajet de ce canal, soit enfin au niveau de son orifice inférieur.

Symptômes. Quelle que soit la situation du testicule, on reconnait cette maladie à une tumeur molle, fluctuante, transparente, piriforme, étendue de l'anneau inguinal au scrotum, et qui disparaît par la pression exercée de bas en haut, ou par le coucher sur le dos, et reparaît lorsqu'on cesse de la comprimer, ou lorsque le malade se tient debout. L'hydrocèle congéniale est souvent compliquée de hernie ; ce qu'on reconnaît facilement aux gargouillemens qui se font ordinairement entendre ou sentir dans la tumeur, ainsi qu'à quelques autres symptômes particuliers aux hernies, et à ce que la tumeur présente un mélange très-remarquable de parties opaques et de parties transparentes.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Ordinairement cette maladie débute d'une manière brusque. Souvent elle dure peu, parce que la communication entre le péritoine et la tunique vaginale cesse peu à peu. On s'aperçoit de cette tendance à la guérison, à la difficulté de plus en plus grande qu'on éprouve à faire rentrer le liquide dans l'abdomen. Mais quelquefois aussi, après l'oblitération complète de la tunique vaginale, la maladie persiste et reclame le même traitement que l'hydrocèle des adultes; d'autres fois enfin la communication s'élargit et amène la formation d'une hernie congéniale: c'est alors cette dernière maladie qui doit attirer l'attention du médecin.

Traitement. Tant que le testicule n'est pas descendu dans les bourses, le traitement se borne à l'emploi de quelques moyens astringens, et surtout des bains froids. On a vu, dans quelque cas, les vésicatoires appliqués sur le scrotum réussir à faire résorber le liquide et à procurer l'adhésion des parois de la poche et l'oblitération de sa cavité; mais ces moyens échouent souvent. Lors, au contraire, que cet organe occupe le fond des bourses, on peut combattre la maladie par des moyens plus efficaces. Viguerie exerçait au niveau de l'anneau une compression qui, interrompant la communication du péritoine et de la tunique vaginale, faisait adhérer l'une à l'autre les parois du canal qui l'établissait, et prévenait ainsi, sans retour, la chute de la sérosité abdominale dans les bourses. Cette méthode est adoptée par beaucoup de praticiens. Cependant elle est quelquefois infidèle; aussi quelques chirurgiens en emploient-ils une autre qu'on doit à Desault. Dans un cas d'hydrocèle congéniale, existant chez un enfant de huit ans, cet illustre praticien fit une ponction qui donna lieu à l'évacuation du liquide; il s'aperçut alors qu'il y avait complication d'une hernie, qu'il réduisit. Après quoi, faisant appliquer fortement le doigt d'un aide sur l'anneau inguinal, il fit une injection de vin, comme si la communication n'existait pas, et, ayant ensuite établi une compression permanente sur le même

lieu, il réussit à circonscrire l'inflammation dans la tunique vaginale qui s'oblitéra, et à prévenir ainsi le retour de l'hydrocèle et celui de la hernie. M. Dupuytren a plusieurs fois employé cette méthode avec succès, soit dans le même cas, soit dans ceux d'hydrocèle congéniale simple.

De l'hydrocèle des adultes.

L'hydrocèle des adultes est ordinairement bornée à un seul côté. Elle est toujours continue, rarement aiguë, le plus souvent chronique.

Causes. Ordinairement on ignore les causes qui la produisent. Assez souvent cependant elle accompagne les engorgemens chroniques de l'épididyme. Quelquefois elle paraît survenir à la suite de froissemens éprouvés par les bourses pendant un exercice à cheval trop prolongé, par l'effet de vêtemens trop serrés, etc.

Symptômes. On la reconnaît à une tumeur étendue du fond du scrotum vers l'anneau inguinal, sans changement de couleur à la peau, ovoïde, égale, molle, fluctuante, indolore, transparente à la lumière, dans laquelle le testicule correspondant se trouve enveloppé et comme caché, qui n'éprouve aucune augmentation de volume, aucune tension par l'effet des efforts d'expiration ou des secousses de toux, et dont la pesanteur spécifique, peu considerable, n'est guère plus grande que celle d'un pareil volume d'eau. Il est facile, à ces signes, de distinguer l'hydrocèle de la tunique vaginale de l'œdème des bourses ou *hydrocèle par infiltration*, et de l'*hydrocèle enkystée du cordon.* La première de ces maladies, qu'on distingue en *idiopathique* et en *symptomatique*, selon que, comme on le voit plus particulièrement chez les enfans, elle dépend d'une cause locale, d'un froissement, de la malpropreté, etc., ou que, comme cela se remarque chez les adultes et les vieillards, elle est l'effet d'une ascite, d'une leucophlegmatie, d'une paraly-

sie, etc., est molle, pâteuse, conserve l'impression du doigt, s'étend ordinairement avec rapidité à tout le scrotum et jusqu'à la verge, et n'offre jamais la fluctuation ni la transparence de l'épanchement aqueux de la tunique vaginale. La seconde est à la vérité transparente, mais renfermée dans la tunique propre au cordon, dont elle suit tous les mouvemens; elle n'acquiert jamais un grand volume; elle est, dès son origine, beaucoup plus rapprochée de l'anneau, dans lequel elle s'engage quelquefois, et le testicule placé au-dessous d'elle n'en est jamais recouvert ni enveloppé.

En général, il est également facile de distinguer l'hydrocèle de la tunique vaginale d'avec la hernie inguinale. Celle-ci, non fluctuante, réductible et non transparente, commence toujours à l'anneau pour s'étendre de là vers le fond du scrotum, et elle est accompagnée d'un trouble particulier des fonctions digestives. L'hydrocèle, au contraire, commence toujours au fond du scrotum, et ne s'élève jusqu'à l'anneau que dans sa période la plus avancée; elle n'est pas réductible dans le ventre, et elle offre ordinairement une transparence manifeste. On la distingue aussi d'une accumulation de sérosité dans un sac herniaire ancien, à la circonstance de l'existence antérieure d'une hernie, et à la rentrée du liquide dans le ventre lorsqu'on comprime la tumeur et lorsque le malade est couché. Mais si le sac herniaire était oblitéré, alors le diagnostic deviendrait fort difficile. Il en est de même lorsqu'il s'agit de prononcer entre l'existence d'une hydrocèle de la tunique vaginale et celle de certains kystes séreux développés dans l'épaisseur des bourses. Heureusement que, dans l'un et l'autre de ces cas, les méprises seraient peu fâcheuses, car le même traitement peut être appliqué à ces maladies et à l'hydrocèle véritable.

Il est plus facile de confondre le sarcocèle avec l'hydrocèle que la hernie. Cependant, dans cette maladie, la tumeur, formée par l'engorgement du testicule lui-même, est dure et inégale, elle fait des progrès assez rapides; elle est accompa-

gnée de douleurs vives, dont les unes, lancinantes, la traversent dans tous les sens avec la rapidité de l'éclair, et dont les autres dépendent du tiraillement qu'elle fait éprouver au cordon, en vertu de sa pesanteur considérable; et elle est toujours séparée de l'anneau par un intervalle égal à la longueur du cordon; la tumeur formée par l'hydrocèle présente, comme on l'a vu, des caractères opposés.

Rien ne serait donc en général plus facile que de distinguer l'hydrocèle de la tunique vaginale des affections avec lesquelles elle a le plus d'analogie, si elle conservait toujours les caractères que nous avons fait connaître, et qui sont ceux qu'elle présente dans son plus grand état de simplicité. Mais il arrive quelquefois que ces caractères varient au point de devenir tout-à-fait opposés à ceux qui ont été indiqués. Quelquefois, par exemple, la tumeur, gênée dans son développement par l'action d'un suspensoir mal fait ou mal appliqué, ou par l'effet de tout autre cause externe, s'allonge en se prolongeant en arrière, ou s'applatit dans divers sens, au lieu de représenter un ovoïde dont la base est en bas et le sommet dirigé vers l'anneau. Dans d'autres cas, elle présente à l'extérieur des bosselures plus ou moins nombreuses et fortes. On a vu (1) la poche engager son sommet dans l'anneau inguinal, l'agrandir ainsi que le canal du même nom, et, arrivée dans la cavité abdominale, se dilater de nouveau en prenant la forme d'un bissac. Chez beaucoup de sujets, la tumeur acquiert une *rénitence* telle que la fluctuation ne s'y fait plus sentir; presque toujours alors, le testicule, comprimé par le liquide, devient le siége de douleurs assez vives. D'autres fois elle perd plus ou moins complètement sa transparence. Chez certains sujets dont la maladie est très-ancienne, elle peut acquérir une dureté très-considérable, etc. Tant que la tumeur conserve sa perlucidité, on peut toujours reconnaître sa nature; mais lors-

(1) Voyez la *Médecine opératoire* de Sabatier, 3e édition.

qu'elle est à la fois opaque, dure, et que, comme cela arrive ordinairement dans ces cas, elle est en même temps d'un petit volume, inégale et douloureuse, on conçoit qu'il peut devenir très-difficile, sinon impossible, de la distinguer d'un engorgement squirrheux du corps même du testicule. C'est alors qu'on peut retirer de très-grands avantages d'une comparaison judicieuse des signes commémoratifs avec les signes actuels de la maladie.

Complications. La maladie qui complique le plus souvent l'hydrocèle de la tunique vaginale, est le sarcocèle. Presque toujours alors cette maladie a précédé, et l'hydrocèle n'en est qu'un effet. On peut s'aider des signes commémoratifs pour reconnaître cette complication. Dans le cas contraire, lorsque la tension n'est pas très-considérable, on sent au toucher, au milieu du liquide, une tumeur dure et irrégulière, qui ne peut être formée que par le testicule ou par l'épididyme engorgé; et, dans tous les cas, l'existence des signes qui accompagnent le sarcocèle, et la pesanteur plus considérable de la tumeur, portent, ou à établir sûrement le diagnostic, ou du moins à soupçonner la vérité. Au reste, comme toutes les opérations qu'on oppose à l'hydrocèle ont toujours pour premier effet l'évacuation du liquide, l'ignorance dans laquelle on serait resté sur l'existence d'une *hydro-sarcocèle*, pourra toujours être dissipée assez à temps pour qu'on puisse employer contre la maladie du testicule, qui est l'affection principale, les moyens qui lui conviennent.

L'hydrocèle est assez souvent aussi compliquée de varicocèle. Dans ce cas, l'existence des veines variqueuses qui suivent le trajet du cordon, est en général facile à constater. Elle est quelquefois compliquée de hernie. On reconnaît chacune de ces maladies aux signes qui leur sont propres. Dans les cas les plus ordinaires, les deux tumeurs, après s'être avancées l'une vers l'autre, se croisent, l'hydrocèle passe au-devant de la hernie; mais quelquefois le contraire a lieu. M. Dupuytren a

même vu le sac herniaire s'engager dans une déchirure de la tunique vaginale, et un étranglement produit par le contour de cette déchirure. Enfin, l'hydrocèle de la tunique vaginale est, chez quelques sujets, compliquée d'une hydrocèle enkystée du cordon. Tant que les deux tumeurs restent éloignées, il est facile de reconnaître leur existence simultanée; mais lorsqu'elles se rencontrent, elles se confondent, et le diagnostic en devient plus difficile : l'hydrocèle de la tunique vaginale passe au-devant de celle du cordon.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de l'hydrocèle de la tunique vaginale est ordinairement fort lente; il lui faut souvent plusieurs années pour acquérir un volume qui devienne incommode au malade. Cependant, dans quelques cas rares, elle suit une marche plus rapide, et fait en quelques jours des progrès assez considérables. Cela se fait surtout remarquer lorsque la maladie est l'effet d'un froissement des bourses ou de quelque autre violence extérieure analogue; mais, les premiers jours passés, la marche reprend sa lenteur accoutumée. Ordinairement la tumeur continue de s'accroître, pour ainsi dire, indéfiniment, et sa durée est par conséquent illimitée. Cependant Bertrandi et Sabatier ont vu plusieurs fois la membrane, trop distendue, se déchirer, et laisser le liquide qu'elle renfermait s'infiltrer dans le tissu cellulaire ambiant, en produisant une véritable hydrocèle par infiltration. Dans ce cas, le liquide se trouve promptement résorbé, et la maladie semble guérie, jusqu'à ce que la déchirure de la poche étant cicatrisée, la collection s'y reproduise de nouveau. Quelle que soit la marche de l'hydrocèle, elle n'entraîne jamais de danger, et n'incommode que par son poids et par la gêne qu'elle apporte aux fonctions génératrices du pénis, dont elle entraîne les tégumens lorsqu'elle a acquis un volume considérable, et qu'elle finit même par englober dans sa masse.

Caractères anatomiques. Ces caractères sont généralement en rapport avec les variétés qu'on remarque dans les symptômes.

Ainsi, dans les cas ordinaires, on trouve la membrane séreuse mince, pâle, transparente, formant une poche sans ouverture, de grandeur variable, remplie par un liquide citrin et diaphane qui enveloppe le testicule de toutes parts, excepté en arrière, les attaches de cet organe le retenant fixé à la partie postérieure, interne et presque supérieure de la cavité séreuse. Mais lorsque, par l'effet d'une cause quelconque, la tumeur a subi une altération dans sa forme conoïde, cet organe se trouve presque toujours rapproché de la partie antérieure de la poche, circonstance qu'il est très-important de se rappeler lorsqu'on doit procéder à l'opération, si l'on veut éviter de le blesser. Si la tumeur était, pendant la vie, rénitente et douloureuse, la membrane, fortement tendue, résiste uniformément à l'effort du liquide, et le testicule est comprimé par lui; si elle était transparente et bosselée, on trouve que la membrane a cédé en divers points; si, après avoir présenté des signes récens d'inflammation, elle est restée opaque, la membrane séreuse est rouge, épaissie, et remplie par un liquide opaque, floconneux, blanchâtre ou rougeâtre. Lorsque, long-temps après avoir présenté des signes d'inflammation intérieure, ou seulement lorsque, existant depuis très-long-temps, la tumeur est devenue bosselée, molle plutôt que fluctuante, et tout-à-fait opaque ou inégalement transparente, l'intérieur de la cavité principale est partagé en plusieurs cavités secondaires qui communiquent plus ou moins librement entre elles par des cloisons couenneuses, celluleuses ou fibreuses, dont la circonférence correspond aux points les plus déprimés et les plus opaques de l'extérieur, et qui, s'opposant au mouvement des colonnes du liquide, affaiblissent ou masquent complètement la fluctuation. Lorsque la tumeur est très-ancienne, qu'elle est restée d'un petit volume, qu'elle est très-dure, inégale, complètement opaque, pesante, douloureuse, et surtout lorsque ces changemens dans les caractères naturels ont été précédés par des inflammations inté-

rieures et répétées, la membrane est transformée en une coque cartilagineuse, dont l'épaisseur varie depuis une demi-ligne jusqu'à un demi-pouce et plus, et dont la cavité, simple ou multiple, est remplie par un liquide diversement coloré, etc. On sent, au reste, que les caractères extérieurs ne sont pas toujours tellement tranchés, qu'il soit constamment possible de déterminer *à priori* quel est précisément le genre d'altération qu'on trouvera, soit dans la membrane, soit dans le liquide qu'elle contient; et nous avons dû nous abstenir d'indiquer une foule de nuances intermédiaires ou mixtes qui rendent quelquefois le diagnostic très-difficile ou même impossible.

Traitement. C'est surtout par rapport au traitement qu'il est important de distinguer les unes des autres, non-seulement les collections aqueuses des bourses des maladies qui ont avec elles quelque analogie, mais encore les diveres espèces d'hydrocèles dont nous avons parlé. Ainsi, tandis que l'hydrocèle par infiltration idiopathique ne demande que des soins de propreté, quelques applications astringentes, et tout au plus quelques scarifications; que l'hydrocèle par infiltration *symptomatique*, n'exige d'autres soins que ceux qu'on donne à l'œdème symptomatique dans quelque lieu qu'il soit placé; que l'hydrocèle enkystée du cordon ne réclame que l'évacuation du liquide au moyen d'un coup de trois-quarts, renouvelée autant de fois que la maladie se reproduit, lorsqu'on ne veut obtenir qu'une cure palliative; ou que l'incision du kyste, suivie de pansemens à fond, faits avec de la charpie seule ou imprégnée de substances qui ont pour effet d'enflammer l'intérieur de la poche et d'en faire disparaître pour toujours la cavité, lorsqu'on veut obtenir une cure radicale; le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale se compose, comme on va le voir, d'un grand nombre de méthodes différentes.

Cette maladie peut être traitée d'une manière palliative et d'une manière radicale.

La *cure palliative* consiste à évacuer le liquide contenu dans la tumeur aussi souvent que celle-ci devient incommode par son poids et par son volume. Elle convient principalement chez les sujets pusillanimes, chez ceux qui sont très-faibles ou très-irritables, et chez les vieillards, surtout quand la maladie offre un grand développement. C'est à l'aide de la ponction qu'on donne issue au liquide épanché.

Pour faire cette opération, on prépare un trois-quarts de petites dimensions, bien graissé, un vase destiné à recevoir le liquide, quelques compresses et un suspensoire, dont la grandeur doit être proportionnée au volume que reprendront les bourses après l'évacuation du liquide. Le scrotum doit être rasé.

Le malade est debout, assis ou couché. Dans les deux premiers cas, il a les cuisses écartées, et le chirurgien est assis devant lui; dans le dernier, il est étendu sur le dos, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les genoux tournés en dehors, les jambes fléchies sur les cuisses, et le chirurgien est placé debout vers le bord droit du lit. Celui-ci commence, s'il ne l'a déjà fait, par s'assurer de la position du testicule. Le toucher est, en pareil cas, de peu de secours, à cause de la rénitence des parties; cependant, il arrive quelquefois qu'en palpant avec soin, on découvre vers un des points où l'on sait que le testicule peut correspondre, une résistance qui ne peut être produite que par la présence de cet organe, lequel ne cède point à la pression comme le fait un liquide. Mais le meilleur moyen consiste à examiner la transparence de la tumeur. Pour cela il suffit de saisir les bourses avec la main gauche, de manière à embrasser la tumeur en arrière, en tirant les tégumens dans le même sens, et à refouler le liquide en devant; d'appliquer le bord cubital de la main droite, demi-fléchie et tournée en pronation, près du bord antérieur de l'hydrocèle, et de regarder au-dessous de l'espèce de voûte obscure que forme cette main, pendant qu'un aide approche le plus possible une bougie allumée, du côté opposé à celui vers lequel l'œil de

l'opérateur est dirigé. Lorsque la maladie est simple, on peut alors reconnaître, non-seulement le lieu qu'occupe l'organe sécréteur du sperme, à l'ombre large et étendue qu'il projette, mais encore la distribution des principaux vaisseaux qui se ramifient dans l'épaisseur du scrotum, et qu'il est toujours prudent d'éviter. C'est ordinairement vers la partie inférieure et antérieure de la tumeur que correspond le lieu le plus éloigné du testicule et des vaisseaux, et c'est là qu'il convient de faire la ponction.

Lors donc qu'il a terminé son exploration, le chirurgien, sans déplacer sa main gauche, saisit de la droite le trois-quarts, et après avoir allongé sur la canule de cet instrument le doigt indicateur jusqu'au point où il veut borner son introduction, il en présente la pointe au lieu qui vient d'être indiqué, et l'y fait pénétrer d'un seul coup en lui faisant suivre une direction moyenne entre le testicule et la paroi antérieure de la tunique vaginale. Le défaut de résistance lui indique que la pointe de l'instrument plonge dans le liquide. Il saisit alors la canule entre le doigt indicateur et le pouce de la main gauche, et retire le poinçon. La sérosité qui s'élance au-dehors est reçue dans le vase; pendant ce temps, l'opérateur doit être très-attentif à suivre avec la canule le mouvement de retrait du scrotum, car sans cela il pourrait arriver que la tunique vaginale abandonnant l'extrémité de l'instrument, celle-ci ne plongeât plus que dans le tissu cellulaire et qu'elle cessât par conséquent de donner issue à la sérosité. Des pressions légères facilitent l'évacuation de la totalité du liquide, et l'on retire la canule quand cette évacuation est complète. Il ne reste plus alors qu'à recouvrir les bourses avec les compresses sèches ou imbibées de quelque liqueur résolutive, et à placer le suspensoire. Souvent les malades reprennent immédiatement leurs occupations.

Si, le liquide étant en très-petite quantité, ou par toute autre raison, on craignait de heurter le testicule avec le trois-quarts,

il faudrait pratiquer la ponction avec la pointe d'une lancette, instrument dont on peut beaucoup mieux modérer l'impulsion, et placer ensuite une canule, ou tout simplement favoriser la sortie de liquide par des pressions exercées convenablement. Bell voulait que, dans ce cas, on incisât seulement les tégumens avec la lancette, et qu'on se servit ensuite du trois-quarts.

Pour obtenir la *cure radicale* de l'hydrocèle, il faut non seulement évacuer le liquide épanché, mais encore effacer la cavité qui le contient et dont les parois le produisent, soit en détruisant la tunique vaginale, soit en déterminant l'adhérence mutuelle de ses parois; il y a pour cela plusieurs méthodes.

L'incision de la tunique vaginale est une des méthodes le plus anciennement recommandée, puisqu'on la trouve décrite dans Celse, dans Paul d'Égine et dans M. A. Severin. Pour la pratiquer, on saisit en arrière la tumeur avec la main gauche en tirant les tégumens dans le même sens; on pratique, à l'aide d'un bistouri droit, à la partie supérieure de la poche, une incision suffisante pour permettre à deux doigts de la main gauche de s'y engager, et, tandis que ces doigts soutiennent la tunique du testicule, on achève l'incision de haut en bas à l'aide d'un bistouri droit boutonné, qu'on fait agir en soulevant les parties sur son tranchant. L'incision terminée, on engage de la charpie mollette, ou un morceau de linge fin, dans la tunique vaginale, de chaque côté du testicule; on recouvre la plaie avec un plumasseau; on place quelques compresses, et l'on soutient le tout par un suspensoire. On place le malade dans son lit, et on le met au régime des maladies inflammatoires. On surveille attentivement l'inflammation, qui doit être combattue par les moyens appropriés lorsqu'elle se manifeste avec trop de violence. Ce n'est qu'après le huitième ou dixième jour que la suppuration est suffisamment établie dans le fond de la cavité séreuse pour permettre d'enlever

la charpie qu'on y a placée. Alors on panse à plat jusqu'à la guérison, qui a lieu ordinairement au bout de quatre ou cinq semaines. On a reproché à cette méthode d'exposer à une inflammation assez vive pour déterminer la fonte du testicule, ou la dénudation de cet organe par suite de la gangrène du scrotum. On préviendra souvent l'un et l'autre de ces accidens en évitant de tamponner avec force la cavité de la tunique vaginale lors du premier pansement, en insistant sur les antiphlogistiques locaux et généraux, et en s'abstenant de faire un usage intempestif des cathérétiques pendant les pansemens consécutifs. Cependant, il paraît que ces précautions ne réussissent pas toujours à mettre la vie du malade à l'abri; nous devons dire, pour l'avoir vu, qu'elles ne sont pas toujours suffisantes pour éviter la gangrène du scrotum.

L'excision de la tunique vaginale, non moins ancienne que l'incision, a été décrite par Celse, et depuis par Albucasis et par Fallope; elle a été mise en usage par Saviard, conseillée par Medalon pour les cas où la tunique est épaisse et dure, et adoptée par Douglas pour tous ceux où il était indiqué de faire usage de l'instrument tranchant. Le meilleur procédé à suivre pour l'exécuter est le suivant: le malade étant couché sur un lit et dans la position indiquée pour l'opération par incision, on saisit la tumeur de la main gauche, de manière à la faire saillir en avant sous les tégumens tendus; si la peau est saine, on fait une seule incision qui la divise, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané; si elle est amincie ou adhérente, on circonscrit entre deux incisions semi-elliptiques toute la portion altérée. La poche remplie de sérosité, pressée par l'action de la main gauche, ne tarde pas à se présenter à l'ouverture, et à saillir presque tout entière au dehors. Quelques coups de bistouri suffisent pour l'isoler dans la totalité de sa circonférence; alors on l'ouvre, et saisissant avec une pince à dissection les deux lambeaux latéraux qu'elle forme, on les excise le plus près possible du testicule à l'aide de ciseaux courbes. On lie les

vaisseaux, et on replace le testicule dans le scrotum. Le pansement se compose de plumasseaux appliqués à plat sur les lèvres de l'incision rapprochées, et par dessus lesquels on met quelques compresses qu'on soutient avec un suspensoire ou avec une bande. Au bout de quatre ou cinq jours, on renouvelle l'appareil, et le malade est ensuite traité comme il a été dit pour l'opération par incision. Cette opération est plus longue et plus douloureuse que la précédente, mais il paraît qu'elle entraîne moins d'accidens consécutifs.

L'ouverture, par le moyen du caustique, des enveloppes du testicule, est une méthode plus moderne que les deux qui viennent d'être décrites. On a d'abord étendu une traînée de pierre à cautère depuis la partie supérieure jusqu'au bas de la tumeur, afin de l'ouvrir dans toute son étendue. Guy de Chauliac, le premier, a prouvé qu'il suffisait de perforer les tuniques en un seul point, et son procédé a été adopté et vivement préconisé par Else, chirurgien anglais. Il consiste à appliquer avec les précautions convenables un morceau de potasse caustique, capable de faire une eschare de la largeur de quatre à cinq lignes, sur la partie inférieure et antérieure de la tumeur. On choisit ce lieu, parce qu'il est, plus qu'aucun autre, propre à donner un libre écoulement aux liquides. Chez les enfans, où les tégumens sont très-minces, et où il serait très-difficile de fixer convenablement l'appareil, on doit se borner à frotter tous les jours avec un morceau de nitrate d'argent humecté la partie antérieure et inférieure de la tumeur, jusqu'à ce qu'il y ait une eschare bien formée. Quelquefois immédiatement après l'application, plus souvent au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, le malade éprouve de la douleur dans les bourses, qui deviennent dures et tendues, ainsi que dans le ventre et les lombes; le pouls devient fort et fréquent, et la langue se couvre d'un enduit blanchâtre. Dans quelques cas, il survient des nausées et des vomissemens. Ces accidens cessent communément d'eux-mêmes au bout de deux ou trois jours;

il est rare qu'on ait besoin d'employer les saignées locales ou générales pour les combattre. L'eschare des tégumens se détache souvent avant celle de la tunique vaginale, qui, soulevée par le liquide, fait saillie à travers l'ouverture de la peau. On peut alors, pour procurer du soulagement au malade, donner issue au liquide toujours plus ou moins trouble qu'elle contient, en la piquant avec une lancette. Qu'elle se soit ou non ouverte spontanément, elle ne tarde pas à se détacher par lambeaux, qui se présentent chaque jour à l'ouverture de la peau, et dont le nombre et l'étendue prouvent que l'action du caustique, au lieu de s'être bornée comme à l'extérieur aux points avec lesquels il a été mis en contact, s'est étendue à la plus grande partie sinon à la totalité de la tunique vaginale. Il faut cinq ou six semaines pour que toutes ces eschares soient complètement détachées. Le scrotum se resserre peu à peu, et il se forme une cicatrice moins grande que l'eschare des tégumens, et fort adhérente au testicule. Cette méthode est simple, facile à employer, et elle produit en général peu d'accidens; mais elle a l'inconvénient d'être infidèle.

L'irritation de la tunique vaginale au moyen d'un corps étranger solide a été aussi fortement préconisée; on l'a d'abord provoquée au moyen du séton. Guy de Chauliac paraît être le premier qui ait décrit ce moyen; Pott l'a depuis mis en honneur. Il se servait pour le placer, d'un stylet aiguille à pointe mousse, dans le chas duquel il engageait une mèche composée de dix à douze brins de coton, et d'un bistouri. La ponction et l'évacuation du liquide terminées, il engageait le stylet dans la canule du trois-quarts, et le poussait jusqu'à ce que son extrémité vînt soulever les tégumens de la partie supérieure et antérieure du scrotum, qu'il incisait sur elle, pour la faire sortir par cette ouverture et entraîner le séton à sa suite. Ayant ensuite cru reconnaître quelques difficultés dans l'exécution de ce procédé, il fit usage d'un trois-quarts plus gros, dont la canule, ayant trois ou quatre lignes de diamètre, pouvait livrer

passage à une autre canule beaucoup plus longue, qui venait soulever les tégumens de la partie la plus élevée des bourses, et dans laquelle il engageait un stylet pourvu d'une pointe d'acier qui perçait de dedans en dehors les enveloppes du testicule, et entraînait le séton. Roë d'Édimbourg commençait par inciser la peau en haut et en bas dans les points qui devaient, de chaque côté, livrer passage au séton. Cela fait, il reportait une lancette dans la plaie supérieure pour inciser la tunique vaginale, et tandis que le liquide s'écoulait, il poussait une longue canule creuse, de haut en bas dans la poche aqueuse, jusqu'à ce que son extrémité vînt soulever la tunique vaginale à travers l'incision inférieure; dans cette canule était contenu un stylet aigu et cannelé, qu'il en faisait sortir pour percer la membrane séreuse de dedans en dehors. La cannelure du stylet lui servait ensuite à agrandir, à l'aide du bistouri, la plaie inférieure, par laquelle on retirait ce stylet et le séton. De quelque manière qu'on ait placé celui-ci, on noue ensemble ses deux extrémités, d'une manière très-lâche, après avoir retiré la canule ou les canules qui ont servi à le conduire, et on place sur les plaies de petits plumasseaux de charpie, quelques compresses et un suspensoire. Après quelques heures, l'adhésion du séton aux parties est tellement forte qu'il serait impossible de le retirer sans occasioner de vives douleurs. Quatre jours après l'opération, le scrotum est tendu, gonflé, et douloureux. Pott prescrivait alors une ou deux saignées et des applications émollientes, ainsi qu'un doux minoratif. Au douzième ou quinzième jour, le dégorgement des parties commence à s'opérer, et le malade peut quitter le lit. Alors on retire le séton, autant que possible brin à brin, un par jour; et lorsqu'il est entièrement extrait, on panse les plaies avec de la charpie sèche ou enduite de cérat jusqu'à la guérison, qui ne se fait pas long-temps attendre, une adhérence générale unissant alors entre elles toutes les surfaces opposées de la tunique vaginale. Pott a plusieurs fois employé cette mé-

thode avec succès ; mais l'expérience a prouvé à d'autres qu'elle n'est pas toujours sûre. Sabatier a vu une fois le séton tellement adhérent encore après le ving-cinquième jour, qu'il fut obligé de l'extraire de force. Chez ce malade, il n'avait produit d'adhérence que dans son trajet ; chez deux autres, le même auteur a vu le séton produire une suppuration très-abondante dans son trajet, et des abcès dans l'épaisseur des bourses. Cette circonstance semblerait devoir faire accorder la préférence au procédé de Roë : les incisions par lesquelles passe le séton étant plus propres que de simples ponctions à favoriser l'écoulement des liquides.

On a proposé d'employer, dans le même but que le séton, une *tente* de charpie, qu'on introduisait, à travers une incision, jusque dans la tunique vaginale, et qu'on renouvelait tant que la guérison n'était pas achevée. Ce moyen, décrit pour la première fois par Franco, est infidèle et douloureux. C'est encore dans le même but que Fabrizio, Henri Moïnichen, Monro, etc., ont proposé de laisser séjourner pendant quelque temps la canule du trois-quarts dans la tunique vaginale après la ponction, et que M. Larrey substitue à cette canule une sonde de gomme élastique, dont l'impression est moins douloureuse, et qu'il laisse à demeure jusqu'à ce que l'inflammation adhésive soit établie. Tous ces procédés ont entre eux beaucoup d'analogie, et ils partagent tous l'inconvénient de ne produire qu'une irritation circonscrite, qui s'étend difficilement à toute la membrane, laquelle ne contracte alors d'adhérence que partiellement.

L'irritation de la membrane séreuse à l'aide d'un corps étranger liquide a été, pour la première fois, conseillée et mise en usage par Lambert, chirurgien à Marseille (1), et non par Monro, comme on l'a cru pendant long-temps. Ce chirurgien employait une dissolution de sublimé corrosif ; après lui on se

(1) *Commentaires ou Œuvres chirurgicales* d'Antoine Lambert, maître chirurgien à Marseille, 1 vol. in-4°, 3e édition, Marseille, 1677.

servit de l'alcool, et Monro y substitua le vin, l'alcool lui paraissant encore trop irritant. L'expérience a depuis prouvé que c'est moins en raison de la quantité d'alcool, qu'en raison de la proportion de matière colorante qu'il contient, que le vin jouit de la propriété d'irriter convenablement la tunique vaginale. Si plusieurs chirurgiens recommandables ont vu souvent la cure tentée par ce moyen échouer complètement, cela tient à la qualité du vin qu'ils ont employé. M. Dupuytren fait usage de gros vin de Roussillon, dans lequel on fait bouillir, par pinte, deux onces de roses de Provins, et il est très-rare qu'il ne réussisse pas du premier coup.

Pour exécuter cette opération, on fait d'abord la ponction, comme il a été dit en parlant de la cure palliative. Lorsque tout le liquide est évacué, le chirurgien commence par imprimer à la canule des mouvemens latéraux, pour s'assurer que son extrémité se meut librement dans la cavité de la tunique vaginale, et éviter de pousser l'injection dans le tissu cellulaire du scrotum. Alors un aide, après avoir chargé une seringue de la capacité d'un quart de litre environ, avec du vin préparé de la manière indiquée, à la température de trente-deux à quarante-quatre degrés, et après l'avoir purgée d'air, engage l'extrémité de la canule dans celle du trois-quarts à laquelle elle doit s'adapter exactetement, et pousse l'injection uniformément et avec douceur, tandis que l'opérateur maintient les deux instrumens unis l'un à l'autre dans une position convenable. Lorsque la tunique vaginale est suffisamment remplie, l'aide retire la seringue, et l'opérateur place l'extrémité du doigt sur l'ouverture de la canule du trois-quarts pour empêcher le liquide de s'échapper. Le vin séjourne deux à trois minutes dans la tunique vaginale, après quoi on le retire. On réitère l'injection deux fois avec les mêmes précautions, et lorsqu'on a extrait les dernières portions du vin qui a servi à faire la troisième et dernière, on retire la canule du trois-quarts. On recouvre les bourses avec

des compresses imbibées de la même liqueur, et on les soutient à l'aide d'un suspensoire. Le malade reste au lit. Ordinairement chaque injection détermine des douleurs que les malades comparent à celles qui résulteraient de la compression du testicule entre deux doigts, et qui remontent jusque dans les reins, et sont accompagnées de sueurs, de nausées, et quelquefois de vomissemens et de défaillance. Beaucoup de praticiens regardent ces douleurs comme le garant le plus assuré de la réussite de l'opération, et, lorsque la première injection ne les a pas provoquées, ils ne manquent pas d'animer le vin qui sert à faire les autres, en y ajoutant une certaine quantité d'alcool, dans le dessein de les obtenir. C'est une erreur; les exemples de non réussite se présentent tout aussi bien chez les individus qui ont beaucoup souffert pendant l'opération que chez ceux qui n'ont éprouvé aucune douleur, et l'on voit tous les jours le succès couronner une opération qui a été à peine sentie par le malade.

Vingt-quatre heures après l'opération, quelquefois plus tôt, la bourse devint chaude, douloureuse, rouge, volumineuse, tendue; au troisième jour, le gonflement est assez considérable pour redonner à la partie le volume qu'elle avait avant l'opération. Les douleurs sont cependant peu vives, et il est rare que l'estomac et le cœur en ressentent aucune impression. Il suffit, pour ramener les parties à leur état naturel, de remplacer les fomentations vineuses par des cataplasmes émolliens et légèrement sédatifs, et de mettre le malade au régime des affections inflammatoires aiguës. Le gonflement dont il s'agit est dû en partie à l'engorgement du tissu cellulaire des bourses, et en partie à un épanchement de sérosité sanguinolente dans la cavité de la tunique vaginale; peu à peu cet épanchement est résorbé, la portion de membrane séreuse qui appartient au scrotum se confond avec celle qui recouvre le testicule; et la cavité de cette tunique disparaît. La guérison est complète en trois semaines ou un mois, et le malade pour toujours à l'abri de la récidive du mal.

Enfin, *l'irritation vive de la peau qui recouvre la tumeur* par l'application d'un vésicatoire, est un moyen qui a été employé dans quelques circonstances. M. Dupuytren l'a vu plusieurs fois réussir. Ce moyen n'agit qu'en déterminant, par contiguïté, une forte irritation de la membrane séreuse, d'où résulte l'absorption du liquide qu'elle contient, et l'oblitération de sa cavité par suite d'adhérence. Il est infidèle et ne convient que sur les sujets pusillanimes qui se refusent à subir aucune opération, et chez lesquels le scrotum est très-mince, la membrane séreuse non épaissie, et la tumeur peu volumineuse et très-transparente.

De toutes les méthodes que nous venons de faire connaître, un petit nombre seulement est maintenant en usage. Le séton, le caustique, et l'irritation de la tunique vaginale au moyen de la tente, de la canule du trois-quarts, ou d'une sonde de gomme élastique, sont des moyens abandonnés ou peu employés, à cause de leur infidélité. Parmi les autres méthodes, l'injection est la seule qui soit employée comme méthode générale. La facilité et la simplicité de son exécution, l'avantage d'irriter également tous les points de la surface de la membrane, la faculté qu'elle laisse à l'opérateur de graduer l'irritation en prolongeant ou en abrégeant le séjour du liquide, et en lui donnant des qualités plus ou moins irritantes, le peu de douleur qu'elle produit, le peu d'inconvéniens qu'elle offre lorsqu'elle ne réussit pas, lui assurent une supériorité incontestable. Elle convient dans tous les cas d'hydrocèle simple, et elle réussit même souvent dans ceux où il existe un engorgement chronique de l'épididyme, non-seulement à guérir l'hydrocèle, mais encore l'engorgement, dont la fonte se trouve hâtée par le surcroît d'irritation qu'elle y détermine. Mais lorsque le kyste de l'hydrocèle est multiloculaire, lorsqu'il existe en même temps une hydrocèle du cordon et une hydrocèle de la tunique vaginale, c'est à l'incision qu'on doit recourir. Enfin, lorsqu'on a lieu de soupçonner que la tunique

vaginale est très-épaisse et cartilagineuse, c'est l'excision qu'il faut pratiquer. Quant aux modifications que les diverses complications apportent au traitement, elles sont peu nombreuses. Quand il y a *hydro-sarcocèle*, c'est, comme nous l'avons dit, l'affection du testicule qui est la seule maladie à laquelle on doive faire attention. Quand il existe une hernie, il faut étudier avec soin les rapports des deux kystes, avant de se déterminer à pratiquer la ponction, afin d'éviter d'attaquer l'un pour l'autre. Enfin, lorsqu'il y a un varicocèle, il faut piquer entre les vaisseaux variqueux pour éviter de donner lieu à une hémorrhagie embarrassante, mais qui, dans aucun cas, ne pourrait devenir dangereuse.

HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME GLANDULAIRE.

Considérations générales.

La sécrétion de tous les organes glandulaires est susceptible de s'accroître au-delà des bornes physiologiques dans une foule de circonstances diverses; mais la principale cause de cet accroissement est celle que nous avons déjà signalée, savoir: l'excitation de l'orifice du conduit excréteur de la glande. Cet accroissement de sécrétion peut aussi dépendre d'un état d'irritation idiopathique de l'organe, et de là un genre particulier d'hyperdiacrisies. Ce que nou savons dit sur l'hyperdiacrisie, en général étant en grande partie applicable à celle du système glandulaire, nous passerons de suite à la description particulière de chacune des affections de ce genre dont il est le siége.

De la sialorrhée.

On nomme *sialorrhée* ou ptyalisme la sécrétion trop abondante de la salive. Elle ne peut avoir lieu sans que les glandes salivaires soient irritées, et ne se montre que dans deux circonstances: par l'effet du mercure, et par l'action sympathique de l'utérus chargé du produit de la conception ou excité aux

époques menstruelles. Ordinairement continue, elle est, dans ce dernier cas, périodique; Ciliano en a observé plusieurs exemples (1). Un traitement mercuriel, la grossesse et la menstruation, telles en sont donc les causes. Peut-être l'abus des sialagogues l'a-t-il produite quelquefois, mais nous n'en connaissons aucun exemple.

La salivation mercurielle n'est pas seulement produite par les glandes salivaires, elle est en partie formée par le mucus de la membrane muqueuse buccale et même pharyngienne, dont la sécrétion est également accrue. Lorsque cette salivation doit avoir lieu, les gencives commencent ordinairement par devenir douloureuses, et le malade se plaint que la salive est fétide. Bientôt ce liquide est sensiblement sécrété en plus grande quantité que dans l'état normale, la bouche s'échauffe, les gencives se gonflent, rougissent, deviennent brûlantes et plus douloureuses, la langue et la partie interne des joues s'enflamment, et un besoin continuel de cracher se fait sentir. Quelques jours après, le bord des gencives, le pourtour de la langue et l'intérieur des joues et des lèvres se couvrent d'excoriations, qui se convertissent en ulcères plus ou moins profonds, surtout si l'on continue l'emploi du mercure. Ces ulcérations causent des douleurs inouïes quand le malade parle, crache ou avale; une suppuration sanieuse s'en écoule. Quelquefois la langue se gonfle et franchit les arcades dentaires de plusieurs pouces. Si on ne met un terme à ce désordre, les ulcères s'agrandissent et creusent, la gangrène s'en empare, les os sont mis à nu et se carient, les dents déchaussées vacillent et tombent, et le malade peut être conduit à un marasme rapide et à la mort. On voit des salivations durer jusqu'à un mois. La quantité de salive ainsi rejetée peut s'élever à deux ou trois pintes par jour. Nous avons vu des malheureux, couchés sur le côté, la bouche entr'ouverte audessus d'un vase, réduits à laiser

(1) *Act. nat. curios.*, vol. X, pag. 100.

couler sans relâche, pendant plusieurs jours de suite, une énorme quantité de salive infecte, ne pouvant prendre aucun aliment ni aucune boisson, en raison des vives douleurs qu'ils éprouvaient à le tenter, privés de sommeil et par ces douleurs et par la salive qui leur tombait dans la gorge, et les menaçait de suffocation aussitôt qu'ils voulaient s'y livrer.

La salivation provoquée par la grossesse n'offre jamais un si haut degré de gravité; elle est même presque toujours une affection légère. Cependant nous l'avons vue assez considérable, chez quelques femmes enceintes, pour produire un grand amaigrissement et une extrême faiblesse. Cette salivation est limpide, et cependant elle a souvent de l'odeur. De grandes envies de vomir l'accompagnent ordinairement; presque toujours elle se dissipe spontanément aussitôt que le fœtus exerce ses premiers mouvemens : quelquefois cependant elle se prolonge pendant tout le temps de la grossesse.

Traitement. Pendant long-temps on a cru la salivation nécessaire à la guérison des maladies vénériennes, et dans cette croyance on cherchait à la provoquer; mais cette pratique est aujourd'hui généralement reconnue pour une erreur : on évite au contraire cet accident par toutes les précautions possibles. Pour cela, il faut administrer le mercure à de faibles doses en commençant, ne les augmenter que graduellement, et en suspendre l'emploi aussitôt que le malade se plaint de coliques ou de douleurs des gencives. Lorsque, malgré ces précautions, le ptyalisme a lieu, on doit commencer par suspendre le traitement mercuriel si on ne l'a déjà fait, changer le malade de linge et de lit, et lui faire prendre un bain. Après ces premiers soins, on prescrit des gargarismes émolliens, des boissons délayantes, des bains de pied, et des lavemens purgatifs. Ces seuls moyens suffisent ordinairement pour faire cesser la salivation, mais s'ils restent sans effet et que la bouche s'enflamme, il faut placer immédiatement des sangsues à l'angle de chaque mâchoire. Cette émission sanguine ne manque jamais son effet.

On peut la remplacer, dans beaucoup de cas, par les ventouses scarifiées ou les ventouses sèches, ou par un vésicatoire appliqué à la nuque, un cautère ou un séton. Quand les douleurs sont très-vives, on rend ordinairement les gargarismes calmans et opiacés. Les purgatifs exercent toujours une révulsion avantageuse sur les voies digestives lorsqu'elles sont saines. Si l'on n'a pas prévenu les ulcérations de la membrane muqueuse buccale et de la langue, on a recours avec avantage, lorsque les accidens inflammatoires sont calmés, aux gargarismes astringens, et à la cautérisation par des acides affaiblis ou par le nitrate d'argent. On a beaucoup vanté, contre le ptyalisme mercuriel, le soufre, le sulfure de chaux, l'acétate de plomb, etc. : ces médicamens ont produit des guérisons, mais leurs effets sont bien moins constans que la médication que nous avons exposée.

Le ptyalisme des femmes enceintes ne réclame aucun traitement, nous avons toujours échoué quand, cédant aux sollicitations de quelques femmes, nous avons essayé de le faire cesser. Les infusions de mélisse, de camomille, de menthe, les pastilles de menthe poivrée, etc., conseillées par les auteurs, le diminuent quelquefois pour quelques instans, mais il reparaît bientôt aussi abondant qu'auparavant. Peut-il en être autrement, lorsque la cause qui le produit, l'état de la grossesse, ne peut pas être écartée? Nous ne parlons pas du ptyalisme qui accompagne quelquefois la menstruation; nous ne l'avons jamais observé, et il n'est jamais assez considérable pour exiger des soins.

De la polygalactie.

La sécrétion trop abondante du lait est rarement un état morbide; rarement elle est assez considérable pour porter atteinte à la santé de la femme. Il en est cependant quelques exemples, et l'on voit des nourrices dont les seins sont presque continuellement douloureux et distendus par le lait, chez lesquelles ce liquide coule sans cesse par le mamelon, qui ressen-

tent de fréquentes douleurs de poitrine qu'elles expriment par le mot de *tiraillemens*, éprouvent souvent des faiblesses, et maigrissent si on ne remédie à cet état. L'oisiveté, et une nourriture trop succulente paraissent y disposer, mais ses causes principales consistent dans une trop vive irritabilité du mamelon, son excitation trop répétée par la succion, et une activité naturellement trop forte des glandes mammaires. On y remédie par l'exercice, un régime végétal, l'usage de l'eau pure, quelques topiques émolliens sur le mamelon, un allaitement moins fréquemment répété, et en établissant une révulsion sur la peau, la membrane muqueuse gastro-intestinale, ou les voies urinaires, par les sudorifiques, les purgatifs, ou les diurétiques. Ces médicamens ne doivent être employés qu'à des doses modérées, puisqu'il ne s'agit que de diminuer la sécrétion du lait, et non d'en tarir la source. Quant aux topiques astringens, conseillés par quelques médecins, nous les croyons dangereux.

Du diabète (1).

On appelle *diabète*, *diabétès*, la sécrétion trop abondante de l'urine ; et, suivant que ce liquide est ou n'est pas sucré, la maladie reçoit les noms de *diabète sucré*, ou de *diabète faux*, *insipide*, *non sucré*.

Causes. Le diabète attaque plus fréquemment les hommes que les femmes, et il est plus commun dans les pays humides et brumeux, tels que l'Angleterre et la Hollande, que dans les autres contrées. Les individus affaiblis par le chagrin, le travail excessif, l'intempérance, les excès vénériens, les hémorrhagies, toutes les maladies chroniques, et l'abus du mercure, paraissent, dit-on, plus disposés à le contracter que les sujets robustes et sains ; mais n'en est-il pas de même de la plupart des irritations? On l'attribue généralement à l'usage excessif des boissons chau-

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, tom. IX ; *Recherches sur la nature du diabètes*, par M. Deziemeris.

des, aqueuses, acidules, fermentées, telles que le thé, le cidre et la bière ; à l'abus des liqueurs alcooliques, des médicamens diurétiques; à l'action des cantharides; en un mot, à tout ce qui peut augmenter l'action des reins. Le froid humide, en diminuant la transpiration cutanée, force les reins à suppléer à cette sécrétion, et l'on conçoit que, si son action est presque continuelle, comme dans les contrées que nous avons citées, il concourt puissamment à la production de la maladie. On range encore, parmi ces causes, les contusions à la région lombaire, les secousses produites par une équitation pénible trop prolongée ou trop souvent répétée, la présence de calculs dans les reins, la suppression subite d'un exanthène, d'une phlegmasie articulaire, et d'une sueur abondante, causes qui toutes exercent directement ou indirectement une action irritante sur l'appareil sécréteur de l'urine. M. Dezeimeris, dans le Mémoire intéressant que nous avons cité, a cherché à démontrer que le diabète était presque toujours le symptôme d'une gastrite chronique.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. L'invasion du diabète n'est pas ordinairement subite : voici son début et sa marche la plus fréquente. Le malade éprouve d'abord des rapports aigres, nidoreux, de la pesanteur à l'épigastre, et quelques douleurs abdominales, vagues et passagères; bientôt la bouche devient sèche, la salive est écumeuse, la soif se fait sentir et l'appétit augmente ; en même temps l'urine commence à être rendue en plus grande quantité que de coutume; elle est limpide, incolore, sans odeur, et légèrement sucrée ; quelquefois trouble, blanchâtre et d'une odeur fade ; la peau se sèche, et les matières fécales sont desséchées, presque sans odeur et excrétées plus rarement, avec difficulté, et même avec douleur.

Cet état peut durer plusieurs mois, et même plusieurs années, sans influer sur la santé du malade; mais, le plus ordinairement, il s'accroît graduellement ou prend tout à coup un haut

degré d'intensité, et conduit rapidement à la mort. D'abord la soif, l'appétit et la sécrétion de l'urine augmentent : les deux premiers de ces symptômes sont toujours subordonnés à celui-ci; plus les urines sont abondantes, et plus la soif est vive et l'appétit vorace. La saveur sucrée de ce liquide se prononce de plus en plus à mesure qu'il est sécrété en plus grande abondance ; la soif devient inextinguible, la faim dévorante, la salive est épaisse, la bouche desséchée, le pharynx sec et brûlant fait éprouver un sentiment de strangulation incommode, les gencives deviennent molles et douloureuses, les dents vacillent et tombent, l'haleine est fétide, et la peau est de plus en plus sèche et râpeuse, surtout à l'abdomen. Le cœur, jusqu'alors impassible, ou dont les contractions avaient même diminué d'étendue, de force et de fréquence, ne tarde pas à prendre part à l'excitation, et le pouls devient dur et fréquent, d'abord pendant la digestion seulement, et plus tard d'une manière presque continue; les douleurs épigastriques et abdominales sont plus fréquentes; enfin l'appétit se perd, tandis que la soif persiste toujours insatiable, l'urine coule involontairement et presque sans interruption, l'amaigrissement fait des progrès effrayans : si le malade porte des ulcères, ils se déssèchent, ses jambes s'infiltrent, il éprouve une douleur continue dans tout le trajet des voies urinaires, l'abattement ou le désespoir s'emparent de lui, il tombe dans l'assoupissement, et meurt dans un état de marasme extrême.

La quantité de l'urine excrétée peut s'élever jusqu'à deux cents livres dans les vingt-quatre heures; elle est toujours supérieure à celle des liquides ingérés. Ce phénomène curieux, et en quelque sorte extraordinaire, n'est pas le seul digne de remarque que présente le diabète; les changemens que l'urine éprouve dans sa composition chimique méritent aussi de fixer l'attention. Les réactifs les plus sensibles y indiquent à peine la présence des acides urique et phosphorique, des phosphates de soude, de chaux et ammoniaco-magnésien, et du sulfate de po-

tasse, qu'on y rencontre si abondans dans l'état sain. L'hydrochlorate de soude s'y retrouve encore, mais elle contient en grande quantité une matière de saveur plus ou moins sucrée, laquelle, mise en dissolution dans l'eau, et en contact avec du ferment, entre en fermentation et donne pour produits de l'alcool et de l'acide carbonique. C'est donc un véritable sucre. Quelquefois cependant, mais rarement, cette matière n'est pas susceptible d'éprouver la fermentation spiritueuse : cela a lieu sans doute dans le diabète non sucré, beaucoup plus rare que l'autre.

La durée du diabète est en général assez longue, cependant on l'a vue n'être que de six semaines; mais, le plus ordinairement, elle est de plusieurs mois, quelquefois de plusieurs années, dans quelques cas, de toute la vie. C'est par la mort que cette maladie se termine presque constamment; les exemples de guérison sont rares.

Caractères anatomiques. On ne possède qu'un très-petit nombre d'ouvertures de cadavres de diabétiques, mais on a toujours trouvé des traces plus ou moins marquées d'irritation dans les reins. Ces organes ont été vus rouges, injectés, augmentés de volume, quelquefois contenant un liquide purulent, parfois d'un jaune pâle ou d'un gris ardoisé, mous, flasques et faciles à déchirer; dans quelques cas, ulcérés et suppurés, et dans d'autres, contenant des calculs. Le désordre s'étend souvent à la vessie, qui est retrécie et plus épaisse que dans l'état normal; les uretères eux-mêmes y participent et sont dilatés. Enfin la membrane muqueuse gastro-intestinale presente presque constamment des traces d'inflammation. Nous avons vu que, pendant la vie, les symptômes de cette inflammation surviennent vers la fin de la maladie.

Traitement. Presque tous les médecins s'accordent aujourd'hui à prescrire contre le diabète une nourriture exclusivement animale, et l'usage d'un vin généreux. Les soupes grasses, les viandes faisandées, le bœuf et le mouton rôtis, les boudins, les

graisses, le lard sont les alimens qu'ils conseillent. Ils y joignent l'emploi des amers, des toniques, des ferrugineux, du quinquina, de l'opium, du musc, du sulfure d'ammoniaque, de l'acide phosphorique, etc. Pour un petit nombre de succès obtenus par cette médication, on n'a pas craint de la proclamer aussi efficace que le quinquina contre les irritations intermittentes. Mais il suffit de faire remarquer que tous lès auteurs déclarent que le diabète est presque constamment mortel, pour prouver qu'on a beaucoup exagéré les avantages de cette méthode thérapeutique. D'ailleurs Houllier et Duret l'ont traité par la diète végétale, les boissons délayantes et les saignées; Wlaate dit avoir souvent employé la saignée avec avantage; M. Pinel cite un cas de diabète parvenu au dernier degré, et guéri par le séjour à la campagne, l'exercice et une nourriture autant végétale qu'animale; d'où il faut conclure que le traitement véritablement rationnel et efficace du diabète est encore à trouver. La théorie indique l'emploi des saignées locales sur la région des reins; la révulsion par les sueurs, soit à l'aide des boissons sudorifiques, soit par le moyen des bains de vapeurs; une petite quantité de boissons et un régime animal, composé presque exclusivement de viandes rôties et sèches, parce que ces alimens déterminent dans les voies digestives un appel considérable de fluides, et produisent ainsi une sorte de révulsion, tandis que les végétaux au contraire portent beaucoup de fluides avec eux, et tendent par conséquent à augmenter la sécrétion urinaire. Mais l'expérience sanctionnera-t-elle ces théories, ou viendra-t-elle les renverser? Nous l'ignorons; mais nous devons faire remarquer qu'elle est fondée sur la nature évidente, non contestable de la maladie, l'irritation des reins, tandis que toutes les autres ne reposent que sur des hypothèses. Un médecin a proposé dernièrement d'administrer de l'urée. M. Dezeimeris conseille l'emploi des sangsues à l'épigastre et le régime antiphlogistique, et rapporte un fait qui est bien propre à recommander cette médication.

HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME PILEUX.

Considérations générales.

Les poils se composent : 1° d'un bulbe, espèce de petit sac dans lequel chaque poil s'implante, situé dans l'épaisseur de la peau ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, rempli dans son fond par une papille conique que la tige du poil emboîte, enfin recevant des vaisseaux et des nerfs; 2° du poil proprement dit, formé, suivant quelques anatomistes, par des filamens réunis, suivant d'autres, consistant en un véritable tube, et, dans les deux hypothèses, considéré comme presque inorganique et de même nature que l'épiderme et les ongles; 3° d'une matière colorante, occupant l'intérieur du poil, et sécrétée en même temps que lui. On voit que la structure n'en est pas bien connue; la vitalité y est des plus obscures, et les maladies en sont rares et peu connues dans leur nature.

Il n'y a donc dans ces organes de partie évidemment douée de vitalité que le bulbe. Aussi le petit nombre de maladies dont les poils sont susceptibles paraissent avoir leur origine dans celles de ce follicule. Lui seul est susceptible d'irritation, et c'est cet état morbide qui paraît exister dans la plique, ainsi que nous le verrons plus bas.

De la plique.

On donne le nom de plique à une altération des cheveux, quelquefois des poils de la barbe et même de tout le système pileux, consistant dans leur entortillement, leur agglomération en touffes plus ou moins considérables, et leur agglutination par le moyen d'un liquide gras, onctueux ou visqueux, exhalant une odeur particulière, plus ou moins désagréable. Suivant plusieurs médecins, l'affection ne se borne pas au système pileux; elle est le résultat d'un virus dont l'action peut se porter tour à tour

sur tous les organes principaux, soit avant de produire l'état morbide des cheveux, soit pendant que cet état existe, et elle constitue une maladie des plus dangereuses. Telle est l'opinion de MM. Lafontaine, Alibert, Kuster, Joseph Franck, etc. D'autres écrivains, au contraire, parmi lesquels nous citerons MM. Boyer, Gasc, Larrey, Roussile-Chamseru, Wolff et Pajot (1), regardent la plique comme une affection purement locale, produite par la malpropreté et l'usage de bonnets chauds et gras, et n'entraînant aucun danger. Ces opinions contradictoires nous paraissent, comme à M. Jourdan (2), également éloignées de la vérité, et nous pensons que la plique consiste dans une irritation des bulbes des cheveux, plus ou moins partagée par le derme, suivant l'ancienneté et l'intensité de la maladie, toujours accompagnée de l'exhalation plus abondante du liquide huileux que sécrète naturellement la peau, quelquefois du gonflement des cheveux avec augmentation du liquide qui les remplit dans l'état normal, et tantôt de leur simple agglutination par mèches, tantôt de leur feutrage inextricable, enfin dans le plus grand nombre des cas de leur pousse rapide. Nous pensons en outre qu'il n'existe pas de virus *trichomatique*.

Causes. On ignore quelle influence exercent les climats sur la production de la plique, on sait seulement qu'elle est plus commune en Pologne que dans les autres contrées du nord, et il paraît qu'on l'observe principalement dans les endroits humides et marécageux. Sa cause la plus puissante paraît être dans la malpropreté. On pense qu'elle est le plus ordinairement produite par l'usage des bonnets gras, dont les paysans polonais se tiennent la tête continuellement couverte, et par le défaut absolu de tout soin de leur chevelure. L'habitude de se raser trop fréquemment la tête, et la suppression subite de la transpira-

(1) *Essai sur la Plique*, Thèse de la Faculté de Paris, année 1817, n° 42.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XLIII, article PLIQUE, par M. Jourdan.

tion cutanée, sont aussi rangées au nombre de ses causes. Quelques auteurs la croient héréditaire, et se fondent sur ce qu'on l'a observée quelquefois sur des nouveau-nés; mais d'autres médecins, parmi lesquels nous citerons MM. Chamseru et Gasc, pensent que l'on a pris dans ces cas pour des pliques, une simple agglutination des cheveux, produite par l'eau de l'amnios et la matière sébacée qui recouvre le corps de plusieurs nouveau-nés. On a dit aussi qu'elle était contagieuse, et, pour expliquer cette contagion, on a supposé l'existence d'un *virus trichomatique;* mais M. Gasc a vainement porté pendant long-temps au milieu de sa chevelure une mèche de cheveux pliqués, sans pouvoir s'inoculer cette maladie.

Symptômes et *marche*. Comme toutes les autres maladies, la plique est susceptible de plusieurs degrés. Dans le plus faible, les cheveux sont simplement entrelacés d'une manière inextricable, soit en masse, soit en mèches séparées; ils ont acquis une longueur plus ou moins considérable, et les bulbes ne paraissent pas participer d'une manière sensible à l'état morbide. Plus la plique est intense, et plus ces bulbes et le derme chevelu sont vivement affectés. Dans le plus haut degré de la maladie, il existe, outre les phénomènes locaux, des symptômes généraux assez graves. Son invasion est même précédée, d'après les auteurs, par des accidens morbides très-variés. Mais il faut se défier beaucoup de tout ce qu'ont écrit sur la plique les médecins qui ont admis l'existence du virus trichomatique; le rôle qu'ils ont fait jouer à cet agent supposé est immense; il n'est aucune maladie qu'ils ne l'aient accusé de pouvoir produire par son transport sur les divers organes, et toutes celles que nous avons jusqu'à présent étudiées ont été rangées par eux parmi les accidens précurseurs de l'affection qui nous occupe. Les seuls signes avant-coureurs qui paraissent mériter quelque confiance sont : les vertiges, les tintemens d'oreilles, la sécrétion plus abondante du cérumen, des douleurs profondes dans les orbites, des ophthalmies, un larmoiement considérable, des douleurs dans la

tête, des démangeaisons violentes et de forts picotemens dans le derme chevelu, de la tristesse, de l'oppression et des douleurs, de la pesanteur dans tous les membres avec gêne de leurs mouvemens. A ces premiers symptômes succèdent ordinairement des sueurs visqueuses et gluantes, une sensation de constriction spasmodique dans la partie supérieure de la tête, et une forte tension de cette même partie. Alors les premiers accidens diminuent, les cheveux commencent à devenir gras, et acquièrent une odeur particulière, dégoûtante. Enfin la plique se déclare, et tous les autres symptômes s'évanouissent. Le pica précède très-souvent aussi l'invasion de la plique; il est très-fréquent d'observer également que les malades éprouvent un sentiment de fraîcheur au sommet de la tête.

Les cheveux pliqués affectent, dans leur entrelacement et leur agglutination, des dispositions variées, qui ont fait admettre par les auteurs plusieurs espèces de plique. Ainsi, M. Alibert en établit trois formes principales : la *plique multiforme* ou *tête de Méduse*, la *plique à queue* ou *solitaire*, et la *plique en masse*. On l'a partagée aussi en *plique mâle* et en *plique femelle*, suivant qu'elle est en masse ou en longues lanières; quelques auteurs ont même créé une espèce sous le nom de *la fille*, dans laquelle les cheveux sont en partie disposés en masses et en partie en lanières. Enfin, on l'a encore distinguée en vraie et en fausse, la première affectant les bulbes, et la seconde les cheveux seulement. Toutes ces distinctions nous paraissent sans fondement, et la seule qu'il soit utile d'admettre doit avoir pour base le degré de la maladie.

Outre leur entre-croisement et leur agglutination, les cheveux éprouvent souvent d'autres altérations. Chez quelques sujets, ils sont cassans; chez d'autres, ils sont gonflés et remplis par le fluide qui les parcourt dans l'état normal; la sécrétion de ce fluide est accrue, et on le voit s'échapper à la section; enfin, chez tous, l'allongement des cheveux est toujours assez considérable. La matière qui les colle est visqueuse, grasse, huileuse;

elle a presque toujours une odeur fade et nauséabonde, quelquefois fade et aigre, dans quelques cas alliacée, dans d'autres elle est d'une puanteur excessive; enfin, parfois, mais très-rarement, elle a l'odeur de l'ambre.

La plupart des individus pliqués ont beaucoup de poux; et et lorsque la maladie a déjà quelque ancienneté, il est rare que le derme chevelu ne présente pas des ulcérations plus ou moins profondes. On ne peut alors toucher les cheveux sans causer de vives douleurs; cette exquise sensibilité des bulbes existe même quelquefois avant toute ulcération. Les ganglions lymphatiques du cou sont ordinairemens engorgés, et la face est pâle et bouffie; de petites vésicules se développent souvent à la tête et sur le reste du corps; elles s'ouvrent et donnent naissance à des ulcérations que quelques auteurs ont nommées *ulcères pliqueux* (1); enfin la teigne est une des complications fréquentes de la plique chez les enfans.

Les cheveux ne sont pas les seules parties du système pileux susceptibles d'être affectées de cette maladie. On l'a observée à la barbe, aux poils du pénis, des aisselles et de toutes les parties du corps.

Caractères anatomiques. A la dissection des parties affectées de la plique, on a trouvé les bulbes considérablement augmentés de volume, laissant suinter une mucosité gluante, d'un jaune pâle, ou remplis d'un liquide noirâtre et fétide. Nous avons indiqué précédemment l'état des cheveux. Mais on ne possède qu'un très-petit nombre de recherches anatomiques sur cette maladie.

Traitement. Lorsque la plique est légère, qu'elle ne consiste que dans un simple feutrage des cheveux, sans maladie du bulbe et sans suintement actuel, et qu'elle est à une certaine distance du derme chevelu et séparée de lui par des cheveux sains, il faut, sans hésiter, en débarrasser les malades par la

(1) Pajot, *Thèse citée*, pag. 17.

section. Mais lorsqu'elle est intense, accompagnée d'ulcérations, de suintement considérable, de gonflement des bulbes et des poils eux-mêmes, il y aurait de l'imprudence à la faire cesser aussi rapidement; la cessation trop prompte d'une irritation aussi considérable pourrait être suivie de l'inflammation funeste d'un organe important, du cerveau par exemple. Alors, les auteurs conseillent d'administrer à l'intérieur des boissons sudorifiques, les préparations antimoniales, l'extrait d'aconit, et une foule d'autres médicamens, dont l'utilité est plus que douteuse. Les bains de vapeurs paraissent très-avantageux, et l'on en seconde ordinairement les effets par les vésicatoires, les frictions avec la teinture de cantharides, les sinapismes chauds, et les moxas sur la tête. On a surtout recours à ces violentes stimulations du derme chevelu, dans les cas où l'invasion de la plique est précédée d'accidens graves, et qu'elle se développe difficilement; on y a recours également lorsque des symptômes alarmans succèdent à sa section. Lorsqu'ensuite on se décide à couper les poils pliqués, il faut attendre que leur accroissement ait à peu près cessé de faire des progrès, et que le suintement huileux qui les agglutine ait considérablement diminué; alors on opère la section de la plique en plusieurs jours, et il est toujours prudent de la faire précéder de l'application de quelques exutoires à la peau. Les soins de propreté sont ensuite les meilleurs moyens de s'opposer à la reproduction du mal.

ORDRE SIXIÈME.

IRRITATIONS NUTRITIVES OU HYPERTROPHIES.

De l'hypertrophie en général.

De toutes les formes de l'irritation, l'hypertrophie est la plus rare. On ne l'observe pas dans tous les tissus, et, dans ceux où elle se présente, elle existe long-temps avant de constituer un

état morbide ; ce n'est qu'à la longue, et lorsque l'organe qui en est le siége, ayant acquis avec une nutrition excessive un surcroît d'énergie, trouble la fonction qu'il est destiné à remplir, ou bien lorsque son poids et sa masse étant accrus, il gêne l'exercice des fonctions des organes voisins, ce n'est qu'alors, disons-nous, que l'hypertrophie devient une maladie. Au reste, nous avons vu qu'il en est de même pour toutes les autres formes de l'irritation, le passage de la simple excitation physiologique à l'irritation morbide étant insensible.

Les causes de l'irritation nutritive sont peu nombreuses, légères, et très-souvent obscures ; l'exercice exagéré de l'organe, l'action trop forte de son excitant naturel, et de faibles excitations produites par d'autres agens, sont à peu près les seules que l'on connaisse. Il faut, en général, qu'elles agissent faiblement, mais d'une manière continue, et pendant un assez long espace de temps, pour produire cet état morbide. Les symptômes de l'hypertrophie ne sont pas moins faibles ni moins obscurs que ses causes : accroissement du volume de l'organe affecté, suractivité de sa fonction, lorsque toutefois l'exercice en peut être apprécié dans l'état normal, puis trouble, irrégularité, et enfin désordre dans l'accomplissement de cette fonction, tels sont ceux par lesquels elle se manifeste en général. La marche, les terminaisons, le pronostic, les caractères anatomiques, et le traitement de cet état morbide offrent trop de différences dans les divers tissus qu'il affecte pour pouvoir être exposés d'une manière générale.

HYPERTROPHIES DU SYSTÈME CELLULAIRE.

Considérations générales.

Le tissu cellulaire devient quelquefois le siége de l'irritation nutritive, c'est-à-dire qu'il acquiert un développement excessif dans une ou plusieurs parties du corps ou dans toutes à la fois. Lorsque cette nutrition anormale est générale, elle gêne les

mouvemens, mais on ne la considère pas en général comme une maladie, c'est tout simplement de l'*obésité*, ou la *polysaris*. Mais lorsqu'elle forme des tumeurs circonscrites dont le volume cause de la difformité ou devient incommode, elle constitue une maladie particulière, connue sous le nom de *loupe*, *lipôme* et *stéatôme*.

Du lipôme.

Le lipôme est une tumeur formée par le développement excessif du tissu adipeux de quelque partie; on le rencontre dans tous les points où existe du tissu cellulaire graisseux. Souvent il est unique, mais on voit quelques individus qui en portent trois ou quatre; nous en avons vu un qui était couvert de petits lipômes de la tête aux pieds; M Marjolin a vu, à l'hospice de la Salpêtrière, une femme qui portait plus de cent lipômes pédiculés sur le visage, le cou, le tronc, les bras et les cuisses (1). On peut considérer ces faits comme des exemples de diathèse hypertrophique.

Causes, *symptômes*, etc. On connaît à peine les causes du lipôme; il a semblé, dans quelques cas, qu'il s'était développé sous l'influence de chocs, de froissemens, de pressions répétées, et même de contusions, mais le plus ordinairement les causes en restent inconnues.

C'est le plus souvent à la nuque, sur les régions latérales du cou, sur le dos, sous la peau des parois abdominales, sur les fesses et sur les cuisses, que l'on voit se développer le lipôme. Il se présente sous forme d'une tumeur, tantôt aplatie et à large base, tantôt pédiculée, indolore, d'une consistance molle, élastique et pâteuse, à peine adhérente aux parties voisines, sans changement de couleur à la peau, offrant des bosselures nombreuses moins apparentes à l'extérieur, qu'appréciables au toucher, d'une pesanteur moindre que ne semble le faire croire

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, tom. XIII, pag. 298.

son volume ; enfin se développant toujours avec beaucoup de lenteur, et finissant, si l'on n'y porte obstacle, par acquérir une grosseur énorme sans gêner autrement les malades que par son poids ou par l'obstacle qu'elle apporte aux mouvemens de la partie sur laquelle elle est placée. Quelquefois cependant les lipômes épuisent les malades en attirant à eux une grande partie des matériaux de la nutrition.

Il arrive quelquefois que les lipômes, surtout lorsqu'ils sont exposés à des frottemens rudes et répétés, deviennent douloureux, s'enflamment et s'abcèdent. Dans d'autres cas, ils augmentent de densité, les vaisseaux qui les pénètrent acquièrent plus de développement, les cloisons qui les séparent en plusieurs loges deviennent plus épaisses et plus résistantes, de l'albumine et de la lymphe se déposent et se concrètent à leur intérieur, et, si on les examine alors par la dissection, on les trouve formés, en partie, de vésicules celluleuses remplies de graisse et seulement plus grandes que dans l'état normal, et en partie de loges remplies d'une substance concrète, d'un blanc mat, ayant l'apparence du suif, mais plus dense. Sous cette forme la maladie a reçu de plusieurs personnes le nom de *stéatôme*.

Quelques auteurs, Littre, M. Boyer, M. Gendrin (1), regardent le lipôme et le stéatôme comme deux maladies différentes; d'autres, avec Louis et M. Delpech, ne les considèrent que comme deux états d'une même maladie, dont le lipôme serait le premier degré et le stéatôme un degré plus avancé. Des raisonnemens et des faits puissans sont invoqués en faveur de l'une et l'autre opinion. Ce qu'il y a de certain, c'est que le lipôme peut passer à une sorte de dégénération suiffeuse ; mais nous pensons qu'on doit réserver le nom de stéatôme aux kistes remplis d'une matière analogue au suif. Quoi qu'il en soit, à la suite d'irritations répétées, on voit quelquefois ces tumeurs

(1) *Mémoire sur les caractères anatomiques des loupes désignées sous les noms de lipôme et de stéatôme*, par A. N. Gendrin. *Journal général de Médecine*, mai 1828, pag. 210 et suiv.

devenir douloureuses, lancinantes, squirrheuses, prendre les caractères du cancer, et finir par s'ulcérer. On conçoit que le pronostic doit varier suivant l'époque de la maladie ; tant qu'elle n'est qu'à l'état de lipôme, elle n'offre aucune gravité ; elle peut, au contraire, constituer une maladie grave, lorsqu'elle a passé à l'état suiffeux ; enfin elle peut devenir très-dangereuse quand elle a pris le caractère cancéreux.

Traitement. Le lipôme n'est pas susceptible de résolution ; des moyens chirurgicaux peuvent seuls en débarrasser les malades. Ces moyens sont la cautérisation, la ligature, l'amputation et l'extirpation. Le premier de ces moyens, peu employé aujourd'hui, consiste à introduire dans la tumeur des morceaux de potasse caustique ; il est douloureux, produit des inflammations vives et une suppuration abondante ; il expose à faire passer la tumeur à l'état cancéreux ; tous ces inconvéniens l'ont fait presque généralement abandonner. La ligature n'est applicable qu'aux loupes pédiculées, et ne doit même être employée que chez les malades pusillanimes qui redoutent l'instrument tranchant. Elle cause toujours de très-vives douleurs jusqu'à ce que la peau soit coupée par le lien qui la serre ; on peut toutefois les diminuer, soit en trempant les ligatures dans une dissolution concentrée de potasse pure, soit en entourant la base de la tumeur d'une traînée de ce caustique maintenu avec une étroite bandelette de diachylum, en incisant dans toute sa profondeur l'eschare qui en résulte, et plaçant ensuite la ligature au fond de cette plaie circulaire. Mais l'amputation, beaucoup plus prompte, doit toujours être préférée, pour les loupes pédiculées, lorsque les malades veulent y consentir, et l'extirpation pour les tumeurs à large base. (Voyez, pour les règles à suivre dans l'exécution de ces opérations, le chapitre des *Productions morbides*.)

HYPERTROPHIES DU SYSTÈME NERVEUX.

Considérations générales.

Les exemples d'hypertrophie de ce système sont excessivement rares ; on n'en a point observé dans les cordons nerveux, dans la moelle épinière, ni dans le cervelet ; le cerveau seul paraît en avoir présenté quelques cas. On ne possède même que des données fort incomplètes sur l'irritation nutritive de cet organe ; nous allons les faire connaître en peu de mots.

De l'hypertrophie du cerveau.

Morgagni est le premier médecin qui ait parlé de cet état morbide ; il avait remarqué dans quelques cadavres que le cerveau semblait trop volumineux pour la boîte osseuse qui le contenait, et paraissait avoir été comprimé par elle. M. Jadelot a dit à Laennec qu'il avait fait la même remarque sur les cerveaux d'enfans qu'il avait cru atteints d'hydrocéphale.

Laennec rapporte qu'à l'ouverture des cadavres de plusieurs enfans, qu'il avait aussi regardés comme attaqués d'hydrocéphale interne, il n'a trouvé qu'une très-petite quantité d'eau dans les ventricules, « tandis que les circonvolutions du cer- « veau, fortement aplaties, annonçaient que ce viscère avait « subi une compression qui ne pouvait être attribuée qu'à un « volume trop grand, et par conséquent à une nutrition trop « active de la masse cérébrale (1). » Enfin, M. Scoutetten en a publié une observation très-intéressante dans les *Archives générales de médecine* (2). Mais aucun de ces auteurs n'a pu assigner de symptômes particuliers à cet état morbide ; c'est donc une maladie dont l'histoire est encore à faire.

(1) *Journal de Médecine* de MM. Boyer, Corvisart, Leroux, etc., tom. 2, pag. 669.

(2) Tom. VII, janvier 1825, pag. 44 et suiv.

HYPERTROPHIES DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

Considérations générales.

Chez tous les hommes qui se livrent à de grands efforts chaque jour renouvelés, à des travaux actifs et rudes, à des exercices gymnastiques, etc., le système musculaire acquiert un développement souvent très-considérable. Ce développement porte quelquefois sur tous les muscles, et cela a particulièrement lieu chez les bateleurs et chez les individus qui s'exercent dans les gymnases, parce que les uns et les autres font agir a peu près également tous les muscles; mais le plus communément, l'accroissement musculaire n'est que partiel, parce que la plupart des professions n'exercent qu'un certain nombre de muscles. C'est ainsi que, chez les portefaix, ce sont les seuls muscles de la partie postérieure du col et ceux de toute la région dorsale et lombaire qui augmentent et de force et de volume; chez les boulangers, les muscles de l'épaule; chez les serruriers, les menuisiers, etc., les muscles de l'avant-bras; chez les danseurs, les muscles des membres abdominaux, etc.; mais aucune de ces hypertrophies, soit partielle, soit générale, ne constitue un état morbide. Il n'est qu'un seul muscle dans lequel l'accroissement de volume et d'énergie ne tarde pas à troubler une fonction importante, et devienne par conséquent une maladie, et ce muscle, c'est le cœur. Tous les autres peuvent impunément pour l'individu augmenter de volume et de force, il n'en résulte qu'un accroissement d'énergie dans les mouvemens, les efforts et les résistances, qui est sans inconvéniens; mais un cœur qui devient trop volumineux et trop énergique, chasse le sang avec trop de force dans les artères, gêne par sa masse les organes qui l'avoisinent, fatigue et devient incommode par son poids, trouble la circulation

la respiration, etc., et de là résulte cette maladie, connue généralement de nos jours sous le nom d'*hypertrophie du cœur*.

Le développement qu'acquiert l'utérus pendant la grossesse, en ampleur et en épaisseur, est certainement un véritable état d'hypertrophie; mais cette hypertrophie n'est pas morbide. Elle le devient cependant quelquefois, et plusieurs accidens de la grossesse ne peuvent être bien expliqués, qu'en admettant que l'hypertrophie de l'utérus dépasse le degré physiologique; et la nature même des moyens qui calment le mieux ces accidens (la saignée et les bains) confirme cette théorie.

De l'hypertrophie du cœur.

On nomme *hypertrophie du cœur* un accroissement de nutrition de cet organe, sans changement dans sa texture, borné le plus ordinairement à l'un des ventricules, affectant souvent cependant les deux ventricules à la fois, et quelquefois même les quatre cavités.

Causes. Les causes de l'hypertrophie du cœur sont nombreuses. Le tempérament sanguin et pléthorique, un caractère violent, et, chez les femmes l'époque de la cessation des règles, paraissent y prédisposer. Les causes occasionelles principales et les plus fréquentes sont : les exercices violens, les grands efforts souvent répétés, les passions, et surtout celles qui augmentent les contractions et les battemens de l'organe, et le rétrécissement de ses divers orifices. On conçoit aisément le mode d'action de ces causes; toutes forcent le cœur à un surcroît d'action ou à des efforts plus considérables que dans l'état normal, qui en augmentent la force, la nutrition et le volume, de la même manière que tous les exercices souvent répétés accroissent l'énergie et la masse des muscles qui y sont soumis. C'est encore le même mode d'action qu'exercent l'usage des instrumens à vent, le chant, les cris, la toux, les pneu-

monites qui rendent une grande étendue de l'un ou des deux poumons imperméable à l'air, les épanchemens pleurétiques, le rétrécissement de l'aorte ou sa dilatation anévrysmale, ses ossifications, la déviation de la colonne vertébrale, la mauvaise conformation du thorax ; en un mot, tout ce qui peut apporter un obstacle à la circulation. Enfin l'abus du café, du vin et des liqueurs, peut déterminer l'hypertrophie du cœur en l'irritant directement.

Symptômes. En appliquant la main sur la région du cœur, on sent, lorsque cet organe est hypertrophié, des battemens plus forts que dans l'état normal, vifs, secs, étendus. La force des battemens est quelquefois telle que la poitrine en est ébranlée, et que les vêtemens ou les couvertures du malade sont soulevés; l'ébranlement se propage même, dans quelques cas, à la tête et au bras gauche, et toujours alors, quelque forte que soit la pression exercée par la main sur la région précordiale, elle est écartée par les mouvemens énergiques de l'organe. La percussion donne toujours un son obscur ou mat dans toute l'étendue de l'hypertrophie; mais c'est l'auscultation qui fournit surtout les signes les plus précieux. Elle fait entendre un bruit plus sourd, plus profond, mais en même temps plus prolongé que dans l'état naturel, et à peu près borné à la région du cœur, lorsque l'hypertrophie n'est pas accompagnée de dilatation. Ce bruit est encore plus obscur dans l'hypertrophie avec rétrécissement de la cavité; il contraste avec la force de l'impulsion (Bertin et Bouillaud). Au contraire, les contractions sont sonores, fortes, comparables à des coups de marteau, et se font entendre dans une grande étendue de la poitrine, lorsqu'il existe une dilatation avec l'hypertrophie. En général, les battemens du cœur sont réguliers, ils sont seulement un peu plus fréquens que dans l'état naturel; ils n'offrent de l'intermittence et de l'irrégularité que lorsque l'hypertrophie est accompagnée d'un rétrécissement des orifices ou d'une dilatation de l'aorte. De temps à autre, lorsque le

malade éprouve une émotion vive, ou lorsqu'il fait un exercice un peu fort, ces battemens deviennent plus fréquens et plus énergiques que dans l'état ordinaire, en d'autres termes, il survient des *palpitations*.

Lorsque l'hypertrophie occupe le ventricule gauche, les battemens se font particulièrement sentir vers les cartilages des cinquième et sixième côtes; ils sont là plus intenses que dans le reste du côté gauche, où ils sont cependant encore plus marqués qu'à droite. On observe en outre que les individus qui en sont atteints sont fortement colorés, ont les yeux brillans, le pouls régulier, plein, fort, dur et vibrant, et qu'ils éprouvent des hémorrhagies nasales fréquentes, ainsi que des étourdissemens, des pesanteurs et de la douleur de tête, de la somnolence et de l'inaptitude au mouvement. Quand, au contraire, l'hypertrophie a son siége dans le ventricule droit, les contractions du cœur sont plus marquées à la partie inférieure du sternum, et ordinairement plus dans le côté droit de la poitrine que dans le côté gauche. Le malade est aussi sujet aux hémorrhagies, mais c'est principalement aux hémoptysies; enfin, lorsque ce ventricule est dilaté en même temps qu'hypertrophié, ses contractions font refluer du sang dans les grosses veines par l'orifice auriculo-ventriculaire incomplètement fermé, et il en résulte cette fluctuation des veines jugulaires à laquelle on a donné le nom de *pouls jugulaire* ou *veineux*.

En général, tant que l'hypertrophie est peu avancée, elle trouble peu la respiration et les fonctions cérébrales; mais, lorsqu'elle est considérable, elle produit des congestions pulmonaires ou encéphaliques, suivant le ventricule qu'elle occupe, d'où résultent les hémoptysies, la disposition à l'apoplexie, et souvent une apoplexie foudroyante.

Marche, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. La marche de l'hypertrophie est toujours lente, sa durée indéfinie, et sa guérison rare. Toutefois cette affection compromet rarement la vie des malades, et le danger vient presque toujours du

rétrécissement des orifices du cœur, qui en est, ainsi que nous l'avons dit, la cause la plus ordinaire.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve le cœur plus volumineux que dans l'état naturel, mais sa substance musculaire n'est pas altérée; elle conserve sa texture, sa coloration et sa consistance normales. Les parois hypertrophiées ont acquis une épaisseur double, triple ou même quadruple de l'état naturel, et tantôt les cavités qu'elles forment n'ont pas augmenté de grandeur, c'est l'hypertrophie *simple* de MM. Bertin et Bouillaud; tantôt elles sont dilatées en même temps que leurs parois sont épaissies, c'est l'hypertrophie *excentrique* ou *anévrysmale* des mêmes auteurs; enfin, quelquefois elles sont rétrécies, de sorte que l'épaississement des parois semble s'être fait en dedans, et les médecins cités la nomment hypertrophie *concentrique* (1). L'épaississement n'est pas toujours uniforme, quelquefois même une portion amincie se trouve à côté d'une portion hypertrophiée; en général il est plus considérable à la base et au milieu des ventricules qu'à la pointe. Chez quelques sujets, ce sont surtout les colonnes charnues du cœur dont le volume s'est accrû, tandis que les parois ont conservé leur épaisseur normale; chez d'autres, c'est le contraire. C'est sur le ventricule gauche que l'on observe le plus fréquemment l'hypertrophie; les oreillettes en sont aussi quelquefois affectées.

Traitement. Les indications du traitement de l'hypertrophie sont des plus simples. Il faut d'abord écarter tous les stimulans, tant physiques que moraux, et prescrire le plus grand repos. Ensuite on doit soumettre le malade au traitement dit de *Valsalva*, qui consiste à pratiquer une ou plusieurs saignées au début, suivant l'intensité et l'ancienneté de l'hypertrophie, à diminuer graduellement les alimens et les boissons du malade jusqu'à ce qu'on soit arrivé à ne lui donner que quelques onces d'alimens et une petite quantité d'eau pure par jour; puis, après

(1) *Ouvrage cité*, pag. 342 et suivantes.

l'avoir réduit par ce traitement à un tel degré de faiblesse qu'il ne puisse plus tirer sa main hors du lit, à le ramener par degrés à des doses plus fortes d'alimens. On emploie en même temps avec avantage la teinture et mieux la poudre de digitale, l'acétate de plomb, l'acide hydro-cyanique, et quelques gouttes d'acide citrique, malique ou sulfurique, etc., dans l'eau qui fait la boisson du malade. Les saignées générales sont ordinairement employées de préférence aux applications de sangsues; cependant les évacuations sanguines locales pratiquées à la région précordiale sont loin d'être sans efficacité; on devrait peut-être y recourir plus qu'on ne le fait généralement, surtout lorsque la faiblesse du malade est très-considérable.

HYPERTROPHIES DU SYSTÈME OSSEUX.

Considérations générales.

Les os sont assez fréquemment atteints d'irritation nutritive, et ce mode d'irritation s'y montre sous trois formes distinctes. Dans l'une, qui est presqu'exclusive à l'enfance, les os sont gonflés, surtout à leurs extrémités articulaires, la quantité de la matière animale y est beaucoup plus considérable que dans l'état normal, ils reçoivent aussi plus de sang, ils perdent leur solidité et se courbent en divers sens : c'est le *rachitis*. Dans la seconde, plus particulière aux adultes, la substance inorganique semble prédominer sur la matière animale, et les os se brisent avec la plus grande facilité; c'est la *friabilité*. Dans la troisième enfin, la matière animale et la substance inorganique sont à peu près également augmentées de quantité, et les os affectés acquièrent une épaisseur considérable, sans perdre les caractères fondamentaux de leur disposition organique.

On pourrait aisément contester, que la friabilité des os soit le résultat de ce mode d'irritation nutritive, dans lequel nous disons que la substance inorganique est accrue et prédomine sur

la matière animale. Nous croyons même que la friabilité n'est pas une maladie et qu'elle n'est qu'un symptôme; cet état des os dépend bien plus probablement de la diminution de la matière animale que de l'accroissement de la matière inorganique, et nous sommes confirmés dans cette opinion par cette considération que la friabilité des os accompagne presque toujours et peut-être toujours les maladies qui portent une atteinte profonde à la nutrition, telles que la syphilis ancienne, le cancer ulcéré, le scorbut, etc.

Du rachitis.

Le *rachitis*, rachitisme ou ramollissement des os, est-il bien une irritation nutritive qui porte spécialement sur la trame organique des os; ou bien est-il de nature inflammatoire, comme le prétendent quelques physiologistes modernes? Dans l'état actuel de la science, il est difficile de résoudre cette question, qui demande encore des recherches et des expériences nombreuses pour être décidée; cependant la première opinion nous paraît la plus probable. Cette maladie attaque ordinairement tout le squelette; mais ses effets les plus marqués et les plus constans se portent sur le rachis, et c'est ce qui lui a mérité son nom. Elle affecte de préférence les sujets en bas âge; elle est fort rare chez les vieillards. L'âge de un à quatre ans paraît être le plus favorable à son développement; on a cependant vu quelques enfans l'apporter en naissant.

Causes. Une constitution faible ou détériorée, la circonstance d'être né de parens scrofuleux, les scrofules, l'état de langueur dans lequel jettent l'habitation dans un lieu bas et humide, un allaitement trop prolongé, le défaut d'exercice, une dentition difficile, surtout accompagnée de convulsions, l'inflammation chronique de quelque viscère important, la gestation chez les femmes jeunes et faibles, la masturba-

tion, la suppression brusque d'un exanthème cutané chronique, etc., le scorbut, le rhumatisme, etc., telles sont les causes que les auteurs assignent à cette affection. Mais il faut avouer que la plus grande obscurité règne encore sur son étiologie. La plupart de ces causes ont un effet commun, l'amaigrissement du corps et l'appauvrissement de la constitution, et l'on serait tenté de regarder la faiblesse générale comme la cause immédiate du rachitisme, si l'on ne voyait assez souvent cette maladie attaquer inopinément des individus très-robustes et bien constitués en apparence, et qui ne sont dans aucune des conditions ci-dessus indiqués. Il faut conclure de là, que ces conditions, regardées par la plupart des auteurs comme des causes suffisantes, constituent seulement une prédisposition, et que la cause immédiate est encore inconnue. Nous dirons seulement qu'elle est si souvent liée, chez les jeunes sujets, avec une irritation chronique et simultanée des viscères abdominaux et encéphaliques, que les symptômes de ces diverses affections sont présentés par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, comme faisant partie de ceux du rachitisme; on en jugera par la description de cette maladie, que nous allons leur emprunter.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. Lorsque la maladie débute chez un enfant en bas âge, celui-ci devient triste, morose, languissant, indifférent pour le jeu, et il se refuse bientôt à toute espèce d'exercice. Souvent aussi les mouvemens du cœur s'accélèrent, les fonctionc de l'estomac se troublent; il y a agitation générale et insomnie; ces derniers accidens durent peu, mais ils reparaissent de temps à autre. Le sujet maigrit, le foie grossit, le ventre devient volumineux et se météorise; les selles deviennent rares, et les urines sont alternativement claires ou chargées d'un sédiment blanchâtre, dans lequel quelques-uns ont cru reconnaître du phosphate calcaire ou même de l'acide phosphorique libre. Les extrémités des os longs se gonflent tout près des articulations, qui

semblent former autant de *nœuds* le long des membres décharnés du malade. La face se ride, les joues deviennent pendantes, et la physionomie prend un caractère particulier, qui, suivant Glisson, exprime l'habitude des méditations sérieuses, même chez les enfans très-jeunes. Si la maladie a commencé avant ou pendant la dentition, celle-ci est retardée, et les dents sont noires et en partie altérées au moment de leur sortie des alvéoles.

Lorsque l'ossification du crâne n'est pas achevée, la tête prend un volume considérable, le cerveau se développe en proportion, et une intelligence précoce est l'effet du développement de cette organe. Lorsque au contraire les sutures sont soudées, l'intelligence s'obstrue, et le malade devient idiot. Bientôt des douleurs se font sentir le long de la colonne épinière, et, quelque temps après, celle-ci présente dans divers points de sa longueur des courbures larges et jamais anguleuses, qui suivent des directions diverses, mais toujours alternativement opposées, de manière à ramener successivement la ligne de gravité du corps dans sa direction naturelle. La courbure des côtes s'efface, les cartilages ne pouvant pas suivre leur direction, en partent à angles plus ou moins ouverts, qui forment sous la peau des saillies remarquables. Le sternum est poussé en avant, et la poitrine, aplatie sur les côtés, prend une forme analogue à celle de la carène d'un vaisseau; et une gêne considérable de la respiration d'où résulte un timbre particulier de la voix, est l'effet de cette déformation. Les os longs se courbent ordinairement, mais pas constamment, dans le sens de leurs inflexions naturelles ou dans celui de l'action des muscles les plus forts auxquels ils donnent attache; quelquefois le ramollissement est porté à un tel degré, que les membres sont tout-à-fait incapables de servir à aucun usage, et qu'on peut les plier dans divers sens, pour ainsi dire à son gré. D'autres fois, au contraire, les os, en même temps qu'ils sont flexibles, ont ac-

quis une fragilité particulière qui les fait rompre net, à l'occasion d'un effort très-léger, et, chose fort remarquable, ils sont susceptibles d'une réunion assez prompte, ce qui concourt à prouver que, comme nous l'avons dit, l'action organique y est augmentée dans cette maladie.

Si l'irritation des viscères de la tête et du ventre continue de faire des progrès, le malade périt dans les accidens qui dépendent ordinairement de ces sortes de maladies. D'autres fois, les douleurs persistent, les muscles s'émacient de plus en plus, et sont souvent dans un état permanent de contracture, qui maintient les membres dans des positions plus ou moins éloignées de l'état naturel; les ongles se recourbent, se déforment, et tombent; le malade reste condamné à une immobilité complète, et par l'impossibilité dans laquelle il est de se livrer à aucun mouvement, et aussi à cause des douleurs ou même des fractures qu'il éprouve lorsqu'on cherche à le faire changer de position, il périt dans le marasme. Souvent alors la mort est précédée par de la dyspnée, des crachemens de sang, de la toux, et quelquefois même par tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire, déterminée par la gène que le rétrécissement et la déformation du thorax apportent aux fonctions des poumons. Quelquefois, cependant, on voit la maladie arriver au plus haut degré, suspendre tout à coup sa marche, et les malades rester pendant plusieurs années dans le même état, sans faire aucun progrès vers la guérison.

Tel est le rachitisme général; mais dans beaucoup de cas, il n'est que partiel, et par conséquent moins grave. Souvent il n'attaque que la colonne vertébrale; c'est ce qui arrive ordinairement aux individus qui sont frappés de cette maladie après l'époque de la première enfance. Chez les jeunes filles, cependant, il déforme presque toujours en même temps le bassin et oppose ainsi pour la suite des obstacles plus ou moins graves à la parturition. Assez souvent aussi chez les jeunes enfans il ne courbe que les membres inférieurs, et il n'est pas rare alors de voir ceux-ci se redresser peu à peu par suite de

la cessation de la maladie et des progrès de l'âge. Enfin, lors même qu'il est général, on voit dans un fort grand nombre de cas les os s'affermir, et conservant les inflexions vicieuses qu'ils ont contractées, acquérir une solidité et une épaisseur supérieures à celles qui leur sont naturelles, et prêter aux muscles, qui reprennent de la force en proportion, un point d'appui solide à leur action : nouvelle preuve que cette maladie est une irritation. Cependant, les déformations qui persistent après la guérison de la maladie ne permettent jamais aux personnes qui ont été affectées de rachitisme général de se livrer à des travaux rudes et fatigans, soit à cause de la déviation forcée des muscles, soit à cause du dérangement de la ligne de gravité qui en résulte quelquefois, soit surtout à cause de la gêne considérable qu'éprouvent les organes thorachiques. Enfin, les vices qu'elle cause dans la conformation du bassin, lorsqu'elle attaque les parois de cette cavité, apportent à l'accouchement des obstacles souvent insurmontables, et qui compromettent toujours plus ou moins la vie de l'enfant, et quelquefois celle de la mère.

Le pronostic de cette maladie, considérée en elle-même et indépendamment des affections plus ou moins profondes des viscères de la tête et de l'abdomen, est donc en général très-grave lorsqu'elle attaque tous les os du squelette, et il acquiert de la gravité en proportion des affections viscérales qui s'y trouvent liées, comme complications, comme causes, ou comme effets. Lorsqu'elle est partielle, et que les viscères sont sains, elle est beaucoup moins fâcheuse. Cependant, on doit toujours porter un jugement défavorable du rachitisme qui, quoique borné à la poitrine et au bassin, est assez considérable pour altérer la forme de ces cavités ; quant aux déformations des membres, elles constituent plutôt une difformité qu'une maladie, et ne compromettent jamais l'existence de l'individu.

Caractères anatomiques. On trouve à l'autopsie des cadavres des personnes mortes pendant la période de ramollissement des os, c'est-à-dire pendant le cours de la maladie, les

os déformés plus volumineux que dans l'état naturel, souples, plians, quelquefois fragiles, lorsqu'on les courbe au-delà d'un certain point, et formés par un tissu léger, mou, rouge, spongieux, privé de sa substance salino-terreuse, dans lequel on remarque des vaisseaux très-volumineux, et qui laisse échapper, par la pression, un liquide rougeâtre et sanieux. A ces désordres se joignent tous ceux qui caractérisent les inflammations chroniques des organes encéphaliques, thorachiques, ou abdominaux, ou le scorbut, les scrofules, et en général toutes les maladies que nous avons dit accompagner ordinairement le rachitisme, et sur les caractères anatomiques desquels nous ne reviendrons pas ici. Quand on examine le squelette d'un rachitique qui n'est mort que long-temps après la guérison de cette maladie, on trouve, à l'endroit des courbures, les os plus épais, plus durs et plus abondamment pourvus de tissu compacte qu'ils ne le sont sur un sujet sain.

Traitement. Le temps et l'expérience ont fait justice d'une foule de remèdes que des opinions erronées et exclusives ont successivement fait adopter et préconiser par certains praticiens, comme doués de propriétés anti-rachitiques incontestables. C'est ainsi que les préparations dans lesquelles entrent le soufre, le mercure, le fer, l'antimoine, les alcalis, les amers, les anti-scorbutiques, et à l'extérieur les frictions excitantes, les bains fortifians, les rubéfians, etc., ne sont plus employées contre le rachitisme, que comme toniques généraux, et par conséquent pour remplir des indications secondaires, ou pour détruire quelque complication qui en exige l'emploi. Le temps et l'expérience ont également proclamé l'inutilité de l'administration à l'intérieur du phosphate de chaux, que quelques praticiens, fondés sur une théorie toute chimique, avaient conseillé, dans l'intention de rendre à l'économie, et en particulier aux os, cette substance dont la perte est évidente, et qu'on retrouve souvent en très-grande proportion dans les urines du malade. Aujourd'hui, le traitement du rachitisme

simple et exempt de complications, se compose à peu près uniquement de moyens purement hygiéniques. Ainsi, l'habitation dans un lieu élevé, sec, et exposé au midi, au milieu d'un air pur; une nourriture animale et succulente, l'usage modéré du bon vin; en un mot, l'usage bien dirigé de tous les agens qui sont du domaine de l'hygiène, en constituent les principales bases.

Mais de tous ces moyens, l'un des plus utiles est incontestablement l'action répétée des muscles qui agissent en sens contraire à la courbure des os. Ainsi, par exemple, dans les cas de courbure commençante de la colonne vertébrale, on retire un grand avantage d'exercices répétés plusieurs fois par jour, et soutenus autant que les forces le permettent, et qui consistent, ou bien à saisir avec les mains un point d'appui élevé, et à chercher à élever le corps jusqu'à lui, ou à enlever et laisser retomber alternativement un poids suspendu à une corde passée dans une poulie, en ayant le soin de ne chercher à le soulever que lorsque les bras sont étendus et élevés autant que possible; ou enfin de marcher le corps droit et dans la position du soldat sous les armes. On fait très-bien, surtout pour les enfans, de confier cette dernière partie du traitement à un militaire qui sache commander l'exercice. On a cherché à remplir la même indication par des moyens mécaniques appliqués à l'extérieur, et consistant pour la plupart en des ressorts qui agissent d'une manière continue, lente et graduée, de façon à redresser peu à peu les os courbés; mais on a bientôt vu que ces moyens avaient beaucoup moins d'efficacité que les contractions musculaires, et qu'en condamnant les muscles à l'inaction, ils augmentaient souvent la faiblesse de la partie, et on les a réservés pour les cas où l'action musculaire ne peut être d'aucune efficacité. C'est ainsi qu'on les emploie encore dans quelques cas de courbure des membres inférieurs. La construction et la description de ces divers agens mécaniques constituant une branche à part et très-éten-

due, nous sommes contraints de renvoyer le lecteur aux traités qui y sont spécialement consacrés (1).

On trouve de l'avantage, lorsque l'état général de la santé de l'individu le permet, à faire marcher de front le traitement dont il vient d'être parlé, avec l'administration des stimulans et des dérivatifs dont nous avons fait mention. Mais toutes les fois que la complication porte sur un organe important, que le ventre, la poitrine ou la tête sont malades, il faut ne plus considérer le rachitisme que comme une affection tout-à-fait secondaire, et faire cesser avant tout la maladie principale par les moyens appropriés.

De la friabilité des os.

La seconde forme sous laquelle se présente l'irritation nutritive du tissu osseux, est, avons-nous dit, celle dans laquelle la matière inorganique paraît surabonder, et étouffer, en quelque sorte, la matière organisée. Mais nous avons ajouté qu'il était loin d'être prouvé que cet état des os fût une hypertrophie, ni même un état morbide en particulier, et qu'il est propable que ce n'est qu'un symptôme. Quoi qu'il en soit, on n'en connaît pas les causes : cependant elle coïncide si souvent avec les cancers anciens, qu'on l'a regardée comme un des effets de ce qu'on appelait la diathèse cancéreuse. Elle n'affecte que les sujets adultes et les vieillards. Elle ne fait reconnaître son existence que par la facilité extrême avec laquelle les os se rompent à l'occasion du moindre choc, et souvent par le simple effet des contractions musculaires. Le pronostic en est fort grave, parce qu'elle indique une atteinte profonde portée à la nutrition générale. A l'ouverture du corps, on trouve les os plus épais que dans l'état naturel, faciles à rompre, presque uniquement for-

(1) *Précis physiologique sur les courbures de la colonne vertébrale*, etc. par M. Lachaise; 1 vol. in-8°, 1827. — *Nouvelles preuves du danger des lits mécaniques*, etc., par le même, brochure in-8°, 1828.

més de substances salines et privés de leur parenchyme, enfin organisés à peu près comme le sont les os calcinés. L'épaisseur des os et l'abondance des matériaux inorganiques qui les composent, distinguent cette affection d'une autre qui n'arrive que chez les vieillards, et qui est aussi caractérisée par la friabilité des os. Dans cette dernière en effet, le parenchyme organisé a également disparu; mais les os y sont devenus extrêment minces, et ils sont le siége d'une véritable atrophie. On ne connaît pas le traitement de la friabilité des os. Jusqu'ici on s'est borné à traiter les fractures à mesure qu'elles se sont produites, et à l'administration de quelques toniques.

De l'épaississement des os.

La troisième forme de l'irritation nutritive des os ne constitue pas, à proprement parler, une maladie : presque toujours elle reste inaperçue pendant la vie, et ce n'est guère qu'à l'ouverture des corps qu'on la reconnaît. On observe qu'elle affecte rarement un os en particulier; mais qu'au contraire tous les os qui forment une partie, comme le crâne, la poitrine, le bassin, les deux membres supérieurs, ou les deux membres abdominaux, ont acquis une épaisseur très-considérable, sans que les caractères distinctifs de leur organisation soient aucunement altérés : ce qui distingue complètement l'état dont nous parlons, de l'hypérostose ou de l'exostose, dans lesquelles les caractères primitifs du tissu osseux sont plus ou moins altérés. Nous avons vu un crâne d'une conformation très-régulière, et dont tous les os, y compris ceux qui forment la suture écailleuse du temporal, avaient plus d'un pouce d'épaisseur; on y distinguait, sans aucune altération, la substance du diploé dans les points où elle existe ordinairement, et les deux couches de tissu compacte. Rien, pendant la vie, n'avait pu faire soupçonner une pareille anomalie; et l'on crut qu'elle dépendait d'une disposition congénitale. C'est à une semblable cause

qu'on est ordinairement obligé de rapporter l'épaississement extraordinaire des os dont nous parlons; d'autant plus que rarement un seul os est affecté : s'il en existe d'autres causes, on ne les connaît pas; et comme la maladie ne produit pendant la vie aucun symptôme, elle constitue plutôt une variété anatomique qu'une maladie, et n'exige aucun traitement.

HYPERTROPHIES DU SYSTÈME ÉPIDERMOIDE.

Considérations générales.

En avançant dans l'étude des irritations, nous en voyons diminuer et le nombre et l'acuité, à mesure que nous l'examinons dans des tissus moins vivans. Celui dont nous allons nous occuper n'a pour ainsi dire pas d'organisation, c'est une couche de matière presque inorganique, une espèce de vernis étendu sur la peau, et n'ayant d'autre fonction que de la protéger contre l'action immédiate de l'air et des agens extérieurs; aussi n'est-il susceptible que d'un très-petit nombre d'irritations. Ces irritations sont obscures; elles occupent le plus bas degré de l'échelle; ce sont de simples irritations nutritives. On sent bien qu'un tissu qui n'a ni vaisseaux sanguins, ni vaisseaux lymphatiques, ni nerfs, et qui n'est le siége d'aucune sécrétion, n'est susceptible d'aucun des autres modes d'irritation. Doué seulement de la faculté de s'accroître, son accroissement dépasse parfois l'état normal sous l'influence de causes excitantes, et ce sont là toutes ses maladies; tels sont les durillons, les cors et les verrues.

Il se pourrait cependant que quelques dartres dépendissent de l'altération de l'épiderme, et que l'irritation de la peau fût consécutive à la destruction de ce tissu, et l'effet du contact de l'air et des agens extérieurs. Ne semble-t-il pas qu'il en soit ainsi dans ces dartres légères, sans douleur, dans lesquelles l'épiderme se détache en poussière semblable à de la farine?

Et combien de dartres deviennent douloureuses, vives, intenses, qui commencent ainsi? Enfin ne pourrait-on pas regarder, comme des maladies propres à l'épiderme, ces dartres sèches, non douloureuses, dans lesquelles ce tissu s'épaissit et se fendille, tombe par écailles, et se reproduit avec la plus grande rapidité, sans que le derme paraisse altéré. Ces questions méritent peut-être la peine que l'on s'occupe de les résoudre.

Les ongles n'étant qu'une dépendance de l'épiderme, tout ce qui précède leur est applicable.

Des cors.

Les cors consistent aussi dans un épaississement morbide, local et circonscrit de l'épiderme. Ils occupent ordinairement la face supérieure des orteils ou leurs parties latérales, et quelquefois la plante des pieds, sous les extrémités antérieures des os du métatarse. La pression ou les frottemens opérés par des chaussures trop étroites ou trop larges, des plis ou de grosses coutures que présentent les bas, en sont les causes ordinaires. Ils sont durs, calleux, aplatis, et formés par des couches d'épiderme superposées; mais ils présentent de plus à leur centre une portion plus dure, d'aspect corné, demi-transparente, traversant la première comme un clou, que la pression fait pénétrer davantage de jour en jour dans l'épaisseur du derme, et qui s'enfonce quelquefois jusque sur les tendons, les ligamens articulaires, et même les os. Dans les premiers temps de leur formation, les cors ne diffèrent pas d'une manière sensible des durillons, et ce n'est que lorsque le tubercule central commence à se former, qu'ils prennent les caractères qui leur sont propres. En général, ils ne deviennent douloureux qu'à cette époque, et c'est la compression qu'exerce ce tubercule, en s'enfonçant dans la peau et en se dilatant, qui occasione les douleurs si vives qui accom-

pagnent parfois cette maladie. Cependant les cors causent quelquefois de la douleur sans être comprimés; cela s'observe assez fréquemment pendant les fortes chaleurs, et à tous les grands changemens de température. Aussi quelques médecins pensent-ils que leur partie centrale est douée d'un certain degré d'organisation; M. Lagneau est de ce nombre (1). M. Breschet dit avoir vu, à l'aide du microscope, des vaisseaux la traversant en tout sens.

On se préserve des cors en portant des chaussures ni trop larges ni trop étroites, et en évitant que les bas fassent des plis ou portent de grosses coutures aux endroits de pression ou de frottement. Les militaires, et toutes les personnes forcées de faire de longues marches, parviennent à s'en préserver, en se graissant les orteils avec du suif. Mais une fois qu'ils sont formés, il n'est pas toujours facile de s'en débarrasser. Plusieurs moyens, ou plutôt plusieurs méthodes de traitement, sont mis en usage à cet effet; les trois principales sont: l'excision, l'extirpation et la cautérisation. Ces trois méthodes opératoires sont des plus simples. Pour pratiquer l'excision, il faut commencer par faire ramollir le cor en plongeant la partie pendant quelque temps dans l'eau chaude, ou en la recouvrant d'un cataplasme; cela fait, on enlève successivement, et lame par lame, avec la pointe d'un bistouri bien tranchant et tenu à plat, toute la portion d'épiderme épaissie, en ayant soin de faire pénétrer l'instrument à une profondeur d'autant plus grande, qu'on se rapproche davantage de la partie centrale de la maladie, de manière à creuser une cavité en forme d'entonnoir. On s'arrête quand il ne reste plus qu'une couche mince d'épiderme, à travers laquelle on distingue la couleur du corps muqueux de la peau. Pour pratiquer l'extirpation, on cerne le cor avec la pointe d'un bistouri, on le saisit avec des pinces à disséquer et on l'arrache. Pour exécuter la cautérisation, on

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, article Cor.

commence par faire ramollir le cor comme lorsqu'on veut faire l'excision, on en retranche ensuite avec un bistouri tenu à plat tout ce qui fait saillie au dessus du niveau de la peau, après quoi on touche le reste, soit avec du nitrate d'argent fondu, soit avec un pinceau trempé dans l'acide nitrique ou muriatique. Le sommet escarrifié et desséché du cor se détache et tombe du douzième au quinzième jour.

D'autres moyens sont encore employés pour la guérison des cors, mais la plupart sont dangereux ou inutiles. Les uns consistent dans des emplâtres caustiques ou irritans, dont les inventeurs tiennent presque toujours la composition secrète; ils produisent souvent une inflammation intense et très-douloureuse, sans résultat avantageux pour le malade. Nous citerons parmi les autres, les emplâtres de savon, de mucilage, de gomme ammoniaque, de galbanum, le sparadrap, les feuilles de joubarbe, la baudruche, le coton en bourre. Ces moyens procurent quelquefois du soulagement; au moins ont-ils l'avantage de ne jamais nuire. Peyrilhe faisait appliquer un emplâtre fenêtré de diachylum gommé, immédiatement sur le cor, et par dessus un second emplâtre non fenêtré. On épargne souvent ainsi les douleurs qui résultent de la compression. Si le corps est situé sous le pied, on fait porter dans la chaussure une semelle de liége percée d'un trou au point qui lui correspond.

Des verrues.

On nomme *verrues* ou *poireaux*, une troisième espèce de tubercules épidermiques, durs, calleux, et insensibles, qui se développent dans toutes les parties du corps, mais principalement sur les mains. On les observe plus fréquemment chez les enfans que chez les adultes et les vieillards; les causes n'en sont pas connues; on croit assez généralement qu'elles sont contagieuses, et que la propriété de se transmettre ainsi réside surtout dans le sang qui provient de leur section.

Les verrues sont, à leur début, formées entièrement par l'épiderme épaissi ; mais, à mesure qu'elles se développent, elles envahissent le corps muqueux et le chorion, dans lesquels elles envoient des plongemens que l'on nomme *racines*. A l'extérieur, elles sont tantôt lisses, et tantôt inégales et raboteuses; on les voit rarement pédiculées, presque toujours au contraire elles sont à large base. Nous avons déjà dit qu'elles ne causaient aucune douleur, mais elles gênent quelquefois par leur volume ou par leur situation, ou bien elles rendent les mains difformes. Ce n'est que dans ces cas que l'on doit chercher à les détruire, car elles finissent presque toujours par disparaître spontanément.

Lorsqu'elles sont pédiculées, le meilleur moyen de les enlever consiste à lier le pédicule avec un fil de soie. Lorsqu'au contraire elles sont à large base, on les détruit par les caustiques ou par l'excision. Pour les cautériser, on se sert ou de nitrate d'argent, ou de potasse caustique, ou d'acide nitrique, ou de deuto-chlorure d'antimoine, ou de sabine en poudre, etc. Lorsqu'on se sert d'un caustique liquide ou de la potasse concrète, il faut recouvrir la verrue d'un emplâtre fenêtré de diachylum gommé, par l'ouverture duquel on place le caustique, dont l'action se trouve ainsi circonscrite dans les limites convenables. On peut cependant se dispenser de cette précaution, en se servant d'un tube de verre effilé ou d'un corps quelconque terminé en pointe, dont on trempe l'extrémité dans l'acide concentré dont on veut se servir, et que l'on applique, après l'avoir égouttée, sur le centre de la tumeur préalablement excavée. On ne porte de la sorte qu'une quantité extrêmement petite du liquide caustique, et l'on n'a pas à craindre ses ravages; on revient à l'application le lendemain, mais il faut faire en sorte de détruire la verrue en deux ou trois fois au plus, car l'action trop répétée de ces agens énergiques peut déterminer le *carcinôme* de la partie. Nous avons vu un carcinôme de la main survenir chez une femme

âgée, qui, pendant plusieurs jours de suite, avait tourmenté avec la pointe d'une épingle de nombreuses verrues qu'elle portait sur cette partie; on fut obligé d'amputer l'avant-bras. On fait aussi très-bien disparaître la plupart des verrues, en les frottant deux ou trois fois par jour avec de l'hydrochlorate d'ammoniaque humecté; c'est une cautérisation lente mais sans inconvéniens.

L'excision est de beaucoup préférable à l'emploi des caustiques, et on doit l'employer chaque fois que le malade veut bien s'y résoudre. On la pratique en enlevant la verrue couche par couche, et en cautérisant immédiatement avec le nitrate d'argent. Cette petite opération ne manque presque jamais son but. Lorsque la verrue est trop volumineuse, on peut l'enlever en pratiquant de chaque côté deux petites incisions semi-elliptiques; mais il est excessivement rare qu'on soit obligé d'avoir recours à ce procédé.

DEUXIÈME CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS CONSISTANT DANS L'ABORD, MOINS CONSIDÉRABLE QUE DANS L'ÉTAT NORMAL, DES FLUIDES QUI LES PARCOURENT NATURELLEMENT, ET DANS LA DIMINUTION DE LEUR IRRITABILITÉ, OU ASTHÉNIES.

De l'asthénie en général.

L'action organique des tissus est susceptible d'éprouver la modification morbide opposée à celle dont nous venons d'étudier les nombreux effets, c'est-à-dire qu'elle peut être abaissée au-dessous de l'état normal. Dans tout tissu ainsi modifié, l'irritabilité diminue, les fluides abordent en moindre quantité que dans l'état normal, et les mouvemens de composition et de décomposition sont ralentis. On nomme cet état *asthénie*.

De même que l'irritation, l'asthénie renfermée dans certaines limites est compatible avec la santé; mais, portée au-delà de ces bornes qu'il n'est pas possible de déterminer d'une manière précise, elle trouble la fonction des parties qu'elle occupe, elle devient morbide. Nous la définirons donc: *la diminution de l'action organique d'un tissu, au-delà des limites compatibles avec l'exercice libre de sa fonction.*

Nous ne chercherons pas plus à pénétrer l'essence de l'asthénie que nous l'avons fait pour l'irritation. Cependant, en l'étudiant dans le système nerveux, on croit en entrevoir la nature; elle y présente ce caractère particulier de ressembler à un véritable épuisement du fluide nerveux, comparable presqu'en tout à l'épuisement du fluide galvanique dans une pile qui vient de produire de grands effets. Ainsi le collapsus dans lequel tombent les facultés intellectuelles après une trop forte contention d'esprit, l'anaphrodisie prolongée qui suit quelquefois les excès vénériens, la diminution ou la perte de la sensi-

bilité ou du mouvement d'une partie, sans lésion quelconque d'une portion du système dont il s'agit, ne ressemblent-ils pas à une sorte d'épuisement matériel du fluide qui produit l'intelligence, les désirs amoureux, le sentiment et le mouvement? Cette hypothèse nous paraît très-probable. Nous penchons donc à croire que l'asthénie de tous les tissus reconnaît pour cause une diminution partielle de l'influx nerveux, et que les stimulans n'agissent qu'en excitant l'abord de ce fluide. Enfin, ce qui vient encore à l'appui de ces idées, c'est que l'appareil producteur du fluide reprend surtout son énergie par le repos, tandis que les tissus, dans lesquels nous supposons le fluide diminué de quantité, ne regagnent le ton qu'ils ont perdu que par les excitans, ce qui offre la plus parfaite analogie avec les principaux phénomènes électriques. Il paraît en effet en être ainsi dans le plus grand nombre des cas, et si dans quelques circonstances cela ne paraît pas aussi probable, il est à remarquer que c'est dans des maladies dont la nature asthénique n'est pas bien démontrée, telles que l'anémie, etc. Nous pourrions apporter encore d'autres preuves en faveur de cette opinion, et en tirer beaucoup d'autres conséquences, mais cela nous entraînerait trop loin.

L'asthénie est aussi rare que l'irritation est fréquente, et cela nous explique en partie pourquoi l'on n'a pu jusqu'à ce jour en étudier les lois. Il règne en outre beaucoup d'obscurité sur la plupart des maladies que l'on attribue à cette modification de l'action organique. Quelques-unes ne sont évidemment que des symptômes; plusieurs dépendent d'altérations organiques diverses; enfin, il n'en est qu'un très-petit nombre qui soit quelquefois suivi de la mort, et ce petit nombre ne laisse pas de traces sur les cadavres. Il serait cependant utile d'obtenir des résultats précis sur cet état morbide; car l'histoire de l'irritation ne sera complète que lorsque celle de l'asthénie sera elle-même achevée; elles forment le complément nécessaire l'une de l'autre. A cet effet, il faudrait, comme le propose avec

raison le docteur Boisseau, étudier l'asthénie dans chaque tissu, dans chaque organe, et rechercher l'influence que celle d'un organe exerce sur sa nutrition, sur le rythme de ses fonctions, et sur la nutrition et les fonctions des organes qui sympathisent avec lui (1); mais de combien de difficultés une telle étude ne serait-elle pas hérissée? Toutefois, ce n'est pas une raison pour ne pas l'entreprendre; mais nous pensons que pour se livrer avec quelque fruit à cette étude, il faut s'écarter de la voie qui a été tracée par l'estimable confrère que nous venons de citer; c'est ce que nous allons faire.

Les causes de l'asthénie sont très-souvent des causes excitantes, mais principalement de la nature de celles qui augmentent la fonction des organes. Ainsi, le cerveau long-temps et fortement excité par le travail et la méditation, tombe fréquemment dans un collapsus, un véritable état asthénique, qui le rend impropre à l'exercice de la pensée, si des excitans énergiques ne le sortent de sa torpeur. Il en est de même des organes des sens et du système musculaire, leur action s'épuise pour ainsi dire, par l'exercice exagéré de leurs fonctions, et ils deviennent inhabiles à agir pendant un temps plus ou moins long. D'autres causes irritantes peuvent encore produire l'asthénie, mais c'est après avoir provoqué l'inflammation; ou plutôt ce dernier état morbide laisse quelquefois après lui, dans les tissus qu'il a occupés, un véritable état asthénique qui réclame l'emploi des stimulans, mais qui n'est pas en général de longue durée. L'asthénie est aussi produite par l'action directe de certaines causes, telles que le froid humide, l'absence de la lumière, des alimens fades, muqueux, non excitans, les mucilages, les émolliens, les astringens, les bains tièdes, l'opium, l'acide hydro-cyanique, la digitale, en un mot tous les agens que nous avons indiqués comme moyens de diminuer l'irritabilité des tissus; et par les sécrétions abon-

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom. II, article ASTHÉNIE.

dantes, les suppurations et les hémorrhagies excessives. Quelquefois elle se développe par l'absence des stimulans; mais cela est rare, et l'on sait que la vue, l'ouïe, le goût, deviennent plus vivement impressionables à la lumière, au son, et aux saveurs, lorsqu'ils sont depuis long-temps sans exercice. Enfin, dans quelques cas, l'asthénie de certains organes est héréditaire, et les causes n'en sont pas toujours connues. Nous ne parlons pas ici de l'asthénie qui est l'effet de l'irritation d'une autre partie; dans ce cas, cet état morbide n'est plus qu'un symptôme.

Si l'irritation n'occupe jamais tous les tissus en même temps, l'asthénie au contraire se montre quelquefois générale. C'est ce que l'on observe chez les vieillards, par les progrès de l'âge, et principalement chez ceux qui, parvenus à la décrépitude, s'affaiblissent graduellement, et meurent de vieillesse. On voit chez eux toutes les fonctions perdre successivement leur énergie; les sens s'émoussent, les facultés intellectuelles s'affaiblissent; les mouvemens, de plus en plus lents, deviennent impossibles; les digestions se ralentissent; l'appétit disparaît; les sphincters se relâchent; les inspirations ne se font plus qu'à de longs intervalles; le cœur cesse de battre; et la vie s'éteint comme la flamme qui manque d'aliment s'évanouit. L'asthénie générale s'observe encore chez les individus épuisés par les excès vénériens, par l'allaitement, par les suppurations excessives, la sécrétion trop abondante du mucus, de la salive, les longues hémorrhagies; et par le défaut d'alimentation suffisante. La langueur de toutes les fonctions, sans symptômes d'irritation d'aucun organe, la caractérise suffisamment pour qu'il soit facile de la reconnaître; la nature de la cause éclaire d'ailleurs le diagnostic.

L'asthénie frappe quelquefois l'un des systèmes élémentaires de l'économie, mais presque toujours comme effet sympathique de l'irritation de quelque organe important. C'est ainsi que la maigreur est un des effets ordinaires de la plupart des

irritations prolongées; la diminution de la sensibilité, un symptôme d'un état morbide du cordon rachidien ou du cerveau; et l'anémie, le résultat de quelques phlegmasies chroniques. Cependant la maigreur, sans foyer d'irritation qui la produise, est assez commune; elle est l'état habituel d'une foule d'individus, et on la voit portée à tel point chez quelques hommes, que, sans constituer pour eux un état morbide réel, il en résulte une santé peu robuste. Les individus qui la présentent sont excessivement sensibles au froid, ils supportent très-bien au contraire les plus fortes chaleurs, différens en cela des individus à tempérament nerveux, avec lesquels ils ont d'ailleurs plusieurs points de contact. Ils sont en général très-sobres, et n'ont de goût que pour un petit nombre de mets; quelques-uns cependant sont de grands mangeurs. Leur santé se dérange vaguement pour la moindre cause, surtout pour la plus légère infraction à leurs habitudes; mais elle se rétablit promptement par de simples précautions de régime. On observe aussi quelques personnes chez lesquelles la sensibilité est des plus obtuses, sans que le cerveau ni la moelle épinière soient altérés. Chez ces individus, les mouvemens sont lents, l'intelligence est obtuse, le caractère apathique, les phénomènes inflammatoires sont en général peu marqués, les sympathies difficilement mises en jeu, et les organes se détruisent parfois sourdement sans provoquer des phénomènes morbides en rapport avec le degré de leur désorganisation. Enfin, il existe des individus qui naturellement, et sans souffrance d'aucun organe, sont dans un état habituel d'anémie. Ils sont pâles, leurs chairs sont flasques, ils s'œdématient facilement, on aperçoit à peine leurs veines sous-cutanées et elles sont très-petites; leurs phlegmasies affectent dès le début, ou revêtent promptement le caractère chronique; enfin, ils supportent en général assez mal les évacuations sanguines. Ces trois états asthéniques peuvent être mis en opposition avec l'*obésité*, l'*exal-*

tation nerveuse, et la *pléthore sanguine*. L'asthénie du système lymphatique n'est pas connue.

L'asthénie est, comme l'irritation, susceptible de plusieurs degrés depuis la simple diminution d'action d'un organe ou d'un tissu jusqu'à sa paralysie complète. Cependant, si dans les organes des sens, dans le cerveau, et dans quelques glandes, elle peut s'élever jusqu'à la perte complète de la fonction, il ne paraît pas qu'il en soit de même pour les organes de la vie végétative. Disons plus, leur paralysie ne nous paraît pas possible; dans le cœur, dans le poumon, dans l'estomac, et dans les reins, elle serait suivie d'une mort prompte, qui ne laisserait pas même le temps de la reconnaître; et par analogie nous pensons que le foie et le pancréas n'en sont pas susceptibles. En interrogeant les faits d'ailleurs, nous voyons qu'il n'existe dans les auteurs aucun exemple bien évident de l'une ou l'autre de ces paralysies; nous n'en exceptons pas même le fait de prétendue paralysie de l'estomac, rapporté par Lieutaud. Les paralysies du rectum et de la vessie sont seules bien constatées; mais elles portent principalement sur les sphincters, et l'on sait en outre que ces parties appartiennent autant au domaine de la vie animale qu'à celui de la vie végétative. Tout nous confirme donc dans cette opinion, que les organes de la vie végétative ne sont pas susceptibles de paralysie complète; leur asthénie ne peut s'élever au-delà d'un certain degré, sans que la vie cesse immédiatement.

Certains états morbides ont été pris pour des paralysies de ces organes, et n'en sont réellement pas. Ainsi, il arrive quelquefois que des corps gazeux, ou liquides, ou solides, s'accumulent dans les cavités dont ces muscles concourent à former les parois, et les distendent outre mesure. Cette distension est parfois portée au point de devenir elle-même un obstacle à l'accomplissement d'une fonction, comme lorsque l'estomac, les intestins ou la vessie, ampliés au-delà de certaines bornes, ne peuvent plus réagir sur les matières qu'ils contiennent. C'est

alors que l'on dit que ces organes sont paralysés, on le dit surtout de la vessie ; mais il est évident qu'il n'y a pas là de véritable paralysie, car il suffit presque toujours, pour rendre, dans ce cas, à la vessie par exemple, le ressort qu'elle a momentanément perdu, d'évacuer par le cathétérisme l'urine qui la distend.

L'asthénie est ordinairement continue, mais il n'e stpas rare de l'observer intermittente ; dans ce dernier cas, elle n'est jamais précédée de frisson, ni suivie de sueur, comme cela s'observe dans les irritations qui affectent cette marche.

Les phénomènes locaux dont s'accompagne l'asthénie dans tous les tissus sont de quatre ordres : tantôt ils consistent dans la pâleur et le refroidissement des tissus, ou la diminution générale de la masse du sang, ou la suppression d'un écoulement sanguin habituel ; tantôt le tissu a perdu la faculté de sentir ou celle de se mouvoir, ou, dans le cerveau, la faculté de produire la pensée ; dans quelques cas, la nutrition seule de la partie asthéniée diminue ; enfin, dans un plus petit nombre de circonstances, une sécrétion naturelle ne peut plus s'exercer. Nous nommerons le premier mode d'asthénie *asthénies sanguines :* c'est l'état opposé à l'inflammation et à l'hémorrhagie ; le second sera désigné par le nom d'*asthénies nerveuses* ; c'est l'état contraire aux névroses ; le troisième formera les *asthénies nutritives* ou *atrophies* : c'est le phénomène morbide opposé aux irritations nutritives ou *hypertrophies ;* enfin, le quatrième comprendra les *asthénies sécrétoires*, état contraire aux irritations sécrétoires. La diminution de l'abord des fluides blancs dans un tissu n'étant pas appréciable, et ne paraissant pas constituer un état morbide, on ne connaît pas d'asthénie qui corresponde à l'irritation sub-inflammatoire. Cette division de l'asthénie nous paraît plus fondée que celle qui a été proposée par M. Boisseau, et qui consiste à partager les maladies de cette classe en *asthénies de nutrition*, et *asthénies de fonction*, division plus spéculative que réelle.

L'asthénie d'un organe, quelque important qu'il soit dans la chaîne des fonctions, n'entraîne pas en général l'asthénie des autres parties. Ainsi, l'asthénie du cerveau de l'idiot ne trouble en rien le jeu des autres fonctions. Qu'une partie irritée exerce au loin de nombreuses influences, cela se conçoit; dans l'état normal, elle agissait déjà sur plusieurs organes, elle doit nécessairement les influencer davantage, lorsque son action organique augmente. Mais, lorsqu'au contraire son action organique s'affaiblit, l'influence sympathique qu'elle exerce doit nécessairement aussi diminuer dans la même proportion, jusqu'au point de l'isoler, pour ainsi dire, du reste de l'économie, si elle se paralyse complètement. Cette vérité, émise pour la première fois par M. Bégin (1), nous paraît incontestable. Mais, comme le fait observer ce savant médecin, il faut distinguer, dans les maladies par faiblesse, ce qui appartient à la débilité locale de ce qui est produit par l'interruption des fonctions de l'organe affaibli. En effet, si l'estomac affaibli ne provoque pas un état sympathique d'asthénie dans les autres organes, il en entraîne cependant la débilité, en ne faisant plus subir aux alimens une élaboration suffisante. C'est faute d'avoir fait cette distinction importante, que des médecins du plus grand mérite, et M. Boisseau en particulier, ont soutenu qu'un organe asthénié exerçait des sympathies.

Il suit de ce qui précède, que les symptômes de l'asthénie sont en général peu nombreux et bornés à l'organe affecté. Ces symptômes sont toujours en quelque sorte passifs; ils consistent dans la langueur d'un système, on dans la suspension d'une ou de plusieurs fonctions, ou dans le défaut de nutrition d'un organe. On ne les voit jamais augmenter la chaleur générale ni accélérer les contractions du cœur; aussi, quelle que soit l'apparence asthénique d'une maladie, lorsqu'elle s'accompagne de ces deux symptômes, on ne peut douter qu'elle ne consiste

(1) *Principes généraux de physiologie pathologique*, etc., pag. 146 et suivantes.

dans une irritation, laquelle produit l'asthénie qui se fait remarquer.

A ce qui précède se bornent nos connaissances sur le mode de développement et la manière d'être de l'asthénie. Ce point de la science réclame donc quelques recherches : nous verrons, en étudiant chaque asthénie en particulier, combien de points obscurs restent encore à éclaircir. S'il ne s'agissait que de donner une théorie spéculative de cet état morbide, rien ne serait plus facile ; il nous suffirait en effet de prendre le contre-pied de toutes les lois de l'irritation. Mais, comme nous ne voulons pas émettre de théories qui ne soient fondées sur les faits, nous préférons nous taire plutôt que de bâtir de faciles hypothèses.

Traitement général de l'asthénie.

Tous les moyens de faire cesser l'asthénie peuvent être compris dans trois classes ; savoir : les stimulans directs, les stimulans indirects, et le régime stimulant. Nous allons les passer successivement en revue et en étudier le mode d'action.

Médication stimulante directe.

Cette première classe renferme tous les moyens thérapeutiques qui augmentent directement l'action organique des tissus, tels sont les spiritueux, les éthers, et toutes les substances à odeur vive et pénétrante, les toniques proprement dits, le calorique, l'electricité, l'électro-puncture, et tous les agens irritans.

L'action des spiritueux sur la peau est de la rougir, de l'échauffer, et, portée trop loin, d'en déterminer le gonflement, et d'y provoquer la douleur. Sur tous les tissus ils produisent les mêmes effets, ce qui rend leur emploi très-avantageux dans ces asthénies qui consistent principalement dans la décoloration et le refroidissement des tissus, et que nous avons dit être l'état

opposé de l'irritation inflammatoire. Ingérés dans l'estomac, ils en augmentent par conséquent l'action, et si sa fonction digestive est languissante par asthénie, ils la réveillent en élevant l'action organique de sa tunique interne au degré normal. Mais en raison de l'immense influence que cet organe exerce sur toute l'économie, l'ingestion des spiritueux est promptement suivie d'effets généraux très-marqués; la chaleur se répand et se répartit sur tous les organes, les contractions du cœur sont accélérées, l'énergie musculaire est accrue, et l'action cérébrale s'exalte. Ces effets, d'abord purement sympathiques, ne tardent pas à être accrus par le transport des molécules alcooliques dans tous les points de l'économie, molécules dont l'absorption s'est promptement emparée. Employés à trop hautes doses, ils enflamment les tissus avec lesquels ils sont en contact ou la portion du système nerveux sur laquelle leur action va aboutir (le cervelet); d'où le précepte de ne les administrer qu'à des doses proportionnelles à l'irritabilité des organes et des individus, et celui de s'en abstenir lorsque l'estomac ou l'encéphale sont irrités. Leur usage extérieur offre beaucoup moins d'inconvéniens; leur action est toujours locale; elle se borne à réchauffer la partie sur laquelle on les applique, à y réveiller la sensibilité engourdie, et, dans quelques cas, ils en activent l'absorption, et font promptement disparaître, soit la sérosité accumulée dans le tissu adipeux, soit le sang extravasé dans les tissus cutané et cellulaire. Si on les emploie concentrés, ou chauds, ou si on facilite leur action par des frictions, ils deviennent promptement rubéfians, et exercent alors une action révulsive. Toutes les substances qui contiennent de l'alcool appartiennent à cet ordre de médicamens; le café s'en rapproche à beaucoup d'égards.

On voit que les spiritueux, que nous rangeons parmi les stimulans directs, agissent aussi parfois comme stimulans indirects. Il en sera de même des éthers, de l'ammoniaque, et de quelques autres agens, dont l'action varie avec les doses et le

mode d'emploi, ce qui, pour le dire en passant, rend impossible toute classification exacte des médicamens basée sur leur manière d'agir.

Les éthers ont pour effet principal de calmer l'irritabilité trop vive du système nerveux; il suffit souvent de les faire inspirer pour obtenir ce résultat; mais le plus ordinairement on les administre par la voie de l'estomac. A trop fortes doses ou chez des sujets dont l'irritabilité du système nerveux est excessive, ils produisent l'effet contraire; aussi voit-on beaucoup de femmes très-nerveuses que l'odeur seule des éthers incommode, et chez lesquelles même elle fait naître des convulsions. La conséquence thérapeutique qui en découle se déduit d'elle-même. Ainsi les éthers sont calmans à des doses et dans des circonstances convenables, et stimulans dans les conditions opposées. C'est sous ce dernier point de vue seulement qu'ils doivent ici nous occuper, et nous n'aurons que peu de mots à en dire. Ils produisent une chaleur âcre à la gorge et vive et brûlante dans l'estomac; en un mot, ils stimulent toujours les parties avec lesquelles ils sont en contact. Il faut cependant en excepter la peau lorsqu'elle est saine; ils lui enlèvent rapidement une grande quantité de calorique, en raison de leur prompte évaporation, et ils agissent sur elle, par conséquent, à la manière du froid. Mais on les emploie rarement dans l'intention de stimuler; ce n'est guère que dans la syncope et l'asphyxie qu'on y a recours à cet effet. Leur extrême volatilité fait qu'ils se répandent jusque dans les plus petites anfractuosités des fosses nasales, qu'ils pénètrent dans toutes les cellules bronchiques, et vont, pour ainsi dire, ranimer partout l'irritabilité prête à s'éteindre. Les seuls éthers employés sont les éthers sulfurique, hydro-chlorique, nitrique et acétique; le premier, à l'intérieur comme à l'extérieur, et les trois autres à l'extérieur seulement.

Le mode d'action de la plupart des substances à odeur vive et pénétrante diffère peu de celui des éthers; aussi les avons

nous déjà étudiées sous le nom d'antispasmodiques, en traçant le traitement général de l'irritation. Mais si dans les conditions que nous avons indiquées elles produisent des effets asthéniques, il ne faut pas oublier qu'elles stimulent l'estomac qui les reçoit, ainsi que les organes qu'elles doivent calmer, s'ils sont trop violemment irrités. Quelques-unes de ces substances sont uniquement irritantes sans mélange de propriétés asthéniques, telles sont l'ammoniaque, l'acide acétique, le chlore, etc.

Un grand nombre d'agens stimulans appartiennent à la classe des toniques. Toutes les substances aromatiques, les baumes, les amers et les ferrugineux en font partie. Elles augmentent le ton de l'estomac, et par sympathie celui des autres organes, à peu près comme les spiritueux; mais leur action est plus fixe, plus permanente, et leurs molécules, difficilement absorbées, vont rarement porter leur action sur des organes éloignés et les exciter directement; aussi les emploie-t-on de préférence, et chaque jour on en obtient de bons effets. Appliqués à la peau, ils agissent de la même manière que les spiritueux, avec lesquels on les combine d'ailleurs très-fréquemment. Nous devons dire, au reste, que les alcooliques sont en général regardés comme des toniques, quoiqu'il existe cependant quelques différences entre le mode d'action de ces agens et celui des toniques proprement dits. Le nombre de ces médicamens est immense; tous les corymbifères odorans, toutes les labiées, la gentiane, la petite centaurée, le quassia amer, la fumeterre, le simarouba, les chicorées, le houblon, le quinquina, la cannelle, etc., sont regardés comme des toniques. L'inconvénient commun à l'emploi de ces substances est d'irriter les voies digestives: l'état d'intégrité de ces parties est donc la première condition de leur emploi.

Le calorique est un des plus puissans stimulans de la nature; mais il est rare que les médecins l'emploient dans le traitement de l'asthénie. On a eu recours au contraire très-fréquemment

à l'électricité, et il est peu d'asthénies contre lesquelles on ne l'ait essayée. Quel en est le mode d'action? Ce fluide agit-il seulement en stimulant fortement les parties sur lesquelles on le dirige, et comme le ferait tout autre excitant? Son action au contraire est-elle spéciale, et remplace-t-elle dans les parties asthéniées l'influence nerveuse dont elles manquent. Cette dernière opinion est assez probable; mais ce moyen est très-souvent infidèle, ce qui tient sans doute à la difficulté d'en proportionner la force au degré d'asthénie, peut-être à la rareté des asthénies dépendant seulement du défaut d'influx nerveux, et surtout à la presque impossibilité de les reconnaître. Quant à l'électro-puncture, sa manière d'agir n'est pas encore bien connue, et il est assez difficile d'expliquer comment le même moyen guérit tantôt des irritations et tantôt des asthénies (1). Nous ne parlerons pas de l'action des autres excitans; elle consiste dans l'excitation pure et simple des tissus avec lesquels ils sont en contact. Quelques asthénies guérissent par le repos de l'organe qui en est le siége.

Médication stimulante indirecte.

Certaines asthénies sont symptomatiques d'irritations, et le meilleur moyen de les détruire est de faire cesser celles-ci. La médication stimulante indirecte n'est donc, en général, autre chose que celle des irritations. Cependant on stimule quelquefois la peau par des rubéfians, des caustiques, ou en la tordant, en la pinçant, etc., afin de réveiller par la douleur l'action cérébrale engourdie. C'est dans le même but aussi que l'on irrite les ouvertures des membranes muqueuses, que l'on administre des lavemens irritans, et que l'on ingère des substances très-excitantes. Telle est la thérapeutique des *syncopes* et des *asphyxies*. Enfin, on frictionne quelquefois la peau des mem-

(1) Voyez *Mémoires sur l'électro-puncture et sur l'emploi du moxa japonais*, par le chevalier Sarlandière, Paris, 1825.

bres paralysés, avec des corps très-irritans, lorsque ces paralysies sont partielles et qu'elles paraissent avoir leur source dans une asthénie locale des nerfs de la partie. Mais c'est à ce petit nombre de cas et de moyens que se réduit toute la médication stimulante indirecte.

En parlant des médicamens spéciaux dans nos généralités sur le traitement de l'irritation, nous avons dit que plusieurs stimulent les organes sur lesquels va s'exercer leur influence. Les uns agissent sur la peau et déterminent la sueur; tels sont le sassafras, le gaïac, la squine, la salsepareille, l'ammoniaque, le soufre, le buis, la saponaire, la scabieuse, la douce-amère, la bardane, le sureau, le thé, la bourrache, etc.; on les nomme *diaphorétiques* ou *sudorifiques*. D'autres provoquent le vomissement par quelque voie qu'on les administre : tels sont l'émétine, l'émétique, et la plupart des sels d'antimoine et de zinc, etc.; on les désigne sous les noms de *vomitifs*. Certains excitent les contractions du tube intestinal, en augmentent le mouvement péristaltique, alors même qu'on les applique sur la peau; on les nomme *purgatifs*. Le nombre en est considérable; nous ne citerons que la rhubarbe, le jalap, le séné, l'aloès, la coloquinte, la gomme-gutte, la scammonée, la plupart des autres purgatifs n'agissant que si on les dépose sur la membrane muqueuse digestive elle-même. Plusieurs autres médicamens nommés *diurétiques* excitent les reins, dont ils augmentent l'action sécrétoire : tels sont, le nitrate, le carbonate et l'acétate de potasse, la scille, la digitale pourprée, le colchique, l'asperge, le fraisier, le petit houx, le raisin d'ours, la pariétaire, les racines de bardane et de persil, le chardon roland, etc. Il en est qui stimulent les glandes salivaires : ce sont les *sialagogues*, parmi lesquels nous citerons les racines d'angélique, de gingembre, d'impératoire, et de pyrèthre, et les gérofles. On en possède un certain nombre qui accroissent spécialement l'action de l'utérus, en déterminent les contractions ou provoquent l'écoulement des règles, ce qui

les a fait nommer *abortifs* et *emménagogues ;* tels sont la rhue, la sabine, l'absinthe, le safran, le seigle ergoté, etc. Enfin la noix vomique ou la strychnine stimule la moelle épinière, le café excite le cerveau et les contractions du cœur, et l'alcool irrite le cervelet. Tous ces médicamens sont donc très-utiles lorsqu'il s'agit de combattre l'asthénie des organes sur lesquels leur action stimulante s'exerce spécialement. Mais ces asthénies sont rares, ou bien elles sont symptomatiques de l'irritation d'autres parties ou de ces organes eux-mêmes, ce qui en contre-indique l'emploi; aussi s'en sert on bien plus fréquemment dans les irritations, comme moyens révulsifs, qu'on ne le fait dans les asthénies. Toutefois, il se présente dans la pratique des occasions d'y avoir recours contre ce dernier état morbide, et nous rappellerons que, pour obtenir l'effet qu'on s'en propose, il faut les déposer sur un estomac sain, à des doses proportionnées à l'irritabilité de cet organe, et dans l'absence de toute inflammation des organes sur lesquels ils exercent leur action spéciale.

Régime stimulant.

L'utilité du régime excitant se fait surtout sentir dans la convalescence des irritatitions aiguës et intenses, qui ont plongé les malades dans un état extrême d'asthénie ; nous le verrons aussi être le principal moyen de traitement dans plusieurs asthénies sanguines et sécrétoires; enfin, il est souvent avantageux comme moyen prophylactique, lorsqu'il importe de contre-balancer l'influence de causes débilitantes au sein desquelles les individus se trouvent placés.

Des alimens sains, excitans et très-nourrissans, tels que les bouillons gras, les consommés, les viandes rôties, celles de bœuf et de mouton surtout; l'usage modéré d'un bon vin, l'éxercice à cheval, les exercices de gymnastique bien dirigés (1), un sommeil habituel de six à sept heures et à des

(1) Voyez l'excellent ouvrage de M. Londe sur la *gymnastique médicale*,

heures réglées, une température chaude, l'habitation à la campagne et dans un lieu sec et un peu élevé, des vêtemens de flanelle, des frictions sèches ou aromatiques sur tout le corps, des bains frais suivis d'un court sommeil et d'un léger repas : telles sont les bases du régime tonique. Mais l'abus est ici tout à côté de l'usage, et il faut prendre garde, en voulant donner du ton par l'usage du vin et les alimens que nous venons d'indiquer, d'exciter trop fortement l'estomac, de le fatiguer par des digestions pénibles, de l'irriter enfin; car, bien loin d'atteindre le but qu'on se propose, on verrait infailliblement s'accroître l'état asthénique du malade. L'exercice aussi doit être pris dans une juste mesure; on doit le faire cesser presque aussitôt que la fatigue commence; cependant une légère fatigue est utile, elle dispose l'estomac à recevoir sans inconvénient une plus grande masse d'alimens, et elle rend le sommeil plus profond et plus réparateur; ce n'est donc que l'excès qu'il faut éviter. Il est également important de bien mesurer le sommeil au besoin de l'individu; pour quelques hommes, ce n'est pas assez de dormir sept heures; il faut donc leur en accorder huit, mais rarement davantage, parce qu'un sommeil trop prolongé affaiblit au lieu de fortifier; d'autres individus, au contraire, n'ont besoin que de cinq heures de repos. Une température trop chaude aurait aussi des inconvéniens, en ce qu'elle empêcherait le malade de se livrer à l'exercice qui lui est nécessaire, et qu'elle l'affaiblirait par l'abondance des sueurs. On s'abstient des bains frais si l'individu est beaucoup trop faible pour pouvoir les supporter, ou s'il a les poumons ou les articulations trop irritables; mais chaque fois que l'on peut en faire usage, c'est un moyen précieux qu'il ne faut pas négliger.

Toutes les asthénies ne réclament pas l'emploi du régime que nous venons d'exposer en peu de mots; il en est qui sont

Paris, 1821; et l'article que M. Bégin a consacré à cette matière dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom. VIII.

tellement partielles, que des moyens locaux doivent seuls être mis en usage; d'autres sont de trop courte durée pour qu'il soit possible de faire concourir le régime à leur traitement; enfin, il en est quelques-unes dont la nature n'est pas bien connue, et qui exigent un régime particulier que nous ferons connaître.

Moyens thérapeutiques de l'asthénie.

Nous n'aurons que peu de mots à dire sur l'emploi des moyens thérapeutiques de l'asthénie. Il a déjà été question ailleurs des frictions, des rubéfians, et des caustiques; l'emploi des vapeurs aromatiques ou irritantes, des linimens excitans, et de toutes les substances de même propriété, est facile et n'a pas besoin d'être réglé par des préceptes; nous n'avons donc à parler que de l'électrisation et de l'électro-puncture.

De l'électrisation. On pratique l'électrisation, soit par le moyen de la machine électrique ordinaire, soit avec la bouteille de Leyde, soit à l'aide de la pile voltaïque.

Plusieurs méthodes sont employées pour électriser à l'aide de la machine électrique. L'une nommée *bain électrique*, consiste tout simplement à établir la communication entre un individu isolé ou non; et le conducteur d'une machine électrique en mouvement. Dans ce mode d'électrisation, lorsque l'individu n'est pas isolé, l'effet est à peu près nul; s'il est au contraire séparé de la terre par des corps qui ne conduisent pas le fluide électrique, s'il est placé, par exemple, sur une table supportée par des pieds de verre, ou s'il est suspendu par des cordons de soie, on voit ordinairement la circulation et la respiration s'accélérer, la perspiration s'accroître, les sécrétions et les excrétions devenir plus abondantes et plus fréquentes, et les poils du corps, y compris les cheveux, se hérisser. Chez quelques individus, il survient de l'agitation, des douleurs de tête et de l'insomnie. L'intensité de tous ces phénomènes dé-

pend au reste de la constitution du malade et de la force de la machine électrique. On emploie de préférence ce mode d'électrisation lorsque l'on veut obtenir des effets généraux. Une seconde méthode, ou l'*électrisation par étincelles*, consiste à présenter l'excitateur d'une machine en mouvement aux différentes parties du corps d'un homme non isolé, ou bien à placer celui-ci sur un isoloir, et à soutirer le fluide électrique dont on l'a chargé, en lui présentant un excitateur qui communique avec le sol. Une douleur pongitive est le résultat de l'étincelle, et même les muscles se contractent si cette étincelle est forte. Fréquemment réitérée, elle provoque de la rougeur et du gonflement, et va même jusqu'à escarrifier les tissus. C'est lorsque l'on veut remédier à une asthénie locale que l'on a recours à cette manière d'électriser, ainsi qu'à la suivante. Celle-ci, que l'on nomme *électrisation par pointes* ou *aigrettes*, ne diffère de la précédente que par la forme des excitateurs, terminés en pointe au lieu de l'être en boule. Son action est aussi moins forte, et c'est ce qui la fait préférer pour électriser des organes très-sensibles, tels que les yeux, les oreilles, etc. Du reste, on l'emploie de la même manière. On électrise aussi quelquefois à travers la flanelle (*électrisation par frictions*), en promenant la boule d'un excitateur très-près d'une partie recouverte d'une flanelle. Les effets sont : la sensation d'un picotement, d'un fourmillement particulier, et le développement d'une chaleur douce dans la partie ; ils sont proportionnés au volume de la boule de l'excitateur et à la distance à laquelle on le fait agir.

L'électrisation par la bouteille de Leyde s'opère en faisant toucher la boule de cet instrument avec une main nue ou armée d'un bon conducteur, et l'armature extérieure avec l'autre main. Une secousse générale, subite, plus ou moins violente suivant le degré auquel la bouteille est chargée, se fait sentir. Il faut de grandes précautions pour que cette électrisation soit

sans danger; on obtient par elle tous les effets des précédens procédés, à tous les degrés que l'on désire.

La pile voltaïque agit a peu près comme la bouteille de Leyde; mais tandis que, par le moyen de celle-ci, la décharge, et par conséquent la commotion sont instantanées, on obtient par la pile des effets continus. Tant que l'individu est en contact avec les conducteurs qui communiquent avec les deux pôles d'une pile, il éprouve des commotions rapidement successives et presque sans intervalles. La force de ces commotions est proportionnelle au nombre et à la surface des plaques; elles produisent des contractions musculaires rapides, qui sont suivies d'un collapsus plus ou moins considérable. Il faut donc user de ce moyen avec réserve; son action est la même que celle des précédentes.

De l'électro-puncture. M. Sarlandière a conçu l'idée ingénieuse de faire pénétrer le fluide électrique dans la profondeur des organes, en combinant l'acupuncture et l'électrisation. Ce médecin fait placer son malade sur un isoloir, il fait un pli à la peau qui recouvre la partie sur laquelle il veut agir, en la pinçant entre le doigt médius et le pouce; il pose sur ce pli un tube de verre d'une longueur déterminée, et le fixe avec le doigt indicateur resté libre, puis saisissant l'aiguille qu'il juge convenable d'employer (M. Sarlandière a trois espèces d'aiguilles), il l'introduit dans le tube de verre qui lui sert de conduit et de guide, et arrivé à la peau, il en fait pénétrer la pointe en roulant entre ses doigts le manche qui la supporte, et en pressant très-légèrement. Lorsqu'il juge que la pointe a traversé la peau, il déforme son pli avec précaution, maintient toujours le tube, et continue de faire pénétrer l'aiguille jusqu'au tissu affecté. Alors il s'arrête, donne le tube à tenir au malade ou à un aide, il met l'aiguille en communication avec l'un des conducteurs d'une machine électrique, au moyen d'un fil d'or qu'il insinue dans l'œil ou l'anneau de l'aiguille, ou au moyen d'un fil de laiton, dont la grosseur est calculée sur la quantité d'élec-

tricité qu'il veut accumuler. Le plateau de la machine électrique est aussitôt mis en mouvement, et l'opérateur approche du bouton qui termine supérieurement l'aiguille, la boule ou la pointe d'un excitateur mis en communication avec le sol au moyen d'une chaîne, mais dont il s'isole en le tenant par un manche de verre pour ne pas partager les commotions. Au même instant, dit M. Sarlandière, où l'étincelle part d'un bouton pour se porter vers l'autre, le choc se communique de la pointe de l'aiguille à toutes les radicules nerveuses de la partie qu'elle touche. Les excitateurs à pointe produisent un picotement assez aigu ou de petits chocs qui ébranlent toute la partie touchée; les grosses boules de métal donnent des commotions très-fortes qui ébranlent vivement les muscles et les tissus fibreux; l'électromètre de Lane, gradué à une très-faible décharge, donne de fortes commotions qui retentissent au loin et semblent perforer les organes : on n'a pas osé essayer la décharge d'une bouteille de Leyde. L'opération doit être répétée jusqu'au soulagement, et l'aiguille est laissée en contact de cinq à dix minutes au moins chaque fois. Nous avons déjà dit que nous ignorions le mode d'action de ce moyen thérapeutique.

ORDRE PREMIER.

ASTHÉNIES SANGUINES.

De l'asthénie sanguine en général.

Les maladies que nous réunissons dans cet ordre n'ont de commun entre elles que d'affecter le système sanguin. Mais tandis que l'une paraît consister dans la simple diminution de la masse du sang, la nature de ce fluide ne paraissant point altérée, une seconde semble dépendre du peu d'énergie du système sanguin en général; une troisième consiste dans le non-accomplissement d'un écoulement sanguin naturel; etc. En un

mot, la plupart de ces asthénies diffèrent tellement entre elles sous plusieurs rapports, qu'elles ne prêtent à aucunes considérations générales. L'obscurité qui règne sur leur nature vient encore augmenter la difficulté. Nous passerons donc immédiatement à leur histoire particulière. Ces asthénies sont l'*anémie*, la *chlorose* et l'*aménorrhée*.

De l'anémie.

On nomme *anémie*, un état morbide dans lequel la quantité du sang est considérablement diminuée. Cette affection n'est souvent que le symptôme d'une maladie chronique, ou bien l'effet passager d'une hémorrhagie excessive; mais elle paraît être primitive dans quelques cas, et alors plusieurs auteurs la regardent comme une asthénie du système sanguin. Telle est, par exemple, l'opinion du savant docteur Boisseau (1).

Causes. Nous venons de dire que l'anémie était quelquefois le symptôme d'une affection chronique, et d'autres fois la suite d'une hémorrhagie trop abondante; mais ce n'est pas de cette anémie que nous devons nous occuper. C'est à tort même que l'on donne ce nom à cette décoloration symptomatique des tissus. Depuis que les belles recherches de MM. Prévost et Dumas ont prouvé que le foie est un organe d'hétamose en même temps que de sécrétion, nous nous sommes demandé plus d'une fois si l'anémie symptomatique ne dépendrait pas plus fréquemment de l'hépatite chronique que de l'irritation chronique de tout autre organe. Nous n'avons observé qu'une fois cette anémie symptomatique, et elle existait avec une hépatite chonique. On pense que l'anémie véritable peut être produite par une alimentation insuffisante ou par l'usage de substances peu nutritives, par les grandes fatigues, par les

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom. Ier, article ANÉMIE.

évacuations abondantes, et par le défaut d'influence solaire et même de la lumière joint à l'humidité. On l'a vue se manifester sur tous les ouvriers d'une même mine de charbon de terre, sans que l'on ait pu remonter à la cause qui la produite, tandis que les ouvriers des mines voisines en ont été exempts.

Symptômes, marche, etc. Le principal symptôme de l'anémie consiste dans la décoloration des tissus et de la disparition des vaisseaux sanguins sous-cutanés. La pâleur de la peau est extrême, et les membranes muqueuses visibles la partagent; on cherche vainement sur toute leur surface quelques traces des vaisseaux sanguins qu'on y observe dans l'état normal; la conjonctive et la membrane muqueuse de la bouche en sont elles-mêmes dépourvues. A la face, la peau prend en général une teinte analogue à celle de la cire jaunie par le temps; mais cela n'est pas constant, et nous l'avons vue d'une pâleur tout-à-fait cadavérique. A ces symptômes se joignent un peu de bouffissure du visage, une faiblesse extrême, de l'anxiété, des palpitations et de l'essoufflement par le moindre exercice, des sueurs et des urines abondantes, quelquefois du dévoiement, l'impossibilité de porter la moindre attention à un sujet quelconque, des sifflemens d'oreilles, des défaillances, des syncopes, et un dépérissement continuel. Chez les ouvriers de la mine de charbon de terre d'Anzin, l'anémie était précédée, pendant dix à douze jours, par des coliques violentes, du météorisme, des déjections noires ou vertes, de la dyspnée, des palpitations, et une grande faiblesse. L'anémique, sur laquelle nous avons reconnu une maladie du foie, a présenté toute cette série de symptômes. Cette maladie est assez grave; les rechutes sont faciles, et la mort survient quelquefois dans une syncope.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve toutes les veines et les artères vides de sang coloré, et contenant un peu d'un liquide séreux; les chairs ne laissent écouler aucune goutte de sang à la section, et les cadavres semblent être de cire.

Traitement. Le traitement de cette affection consiste dans l'emploi des toniques, des ferrugineux, des alimens très-nourrissans, des viandes rôties, et dans un exercice modéré. La limaille de fer, à la dose d'un gros par jour, combinée avec d'autres toniques, est le moyen qui compte le plus de succès. Lorsqu'elle est symptomatique d'une affection chonique, c'est contre celle-ci que doivent se diriger tous les efforts du médecin; mais on sent que les saignées locales doivent être écartées d'un tel traitement; elles seraient probablement mortelles.

De la chlorose.

La chlorose est encore un état d'asthénie qui paraît avoir son siége dans le système sanguin. Cependant plusieurs considérations portent à croire qu'elle dépend de l'asthénie des organes génitaux. Ainsi, sa plus grande fréquence à l'époque de la puberté, lorsque la menstruation ne peut pas s'établir, sa coexistence ordinaire avec l'aménorrhée, et l'influence que les excitans de l'utérus exercent sur sa guérison, tendent à confirmer cette opinion. Mais elle se montre aux autres époques de la vie; elle existe quelquefois sans que la menstruation soit dérangée; les fonctions digestives sont, en général, aussi fréquemment et aussi profondément troublées que celles de l'utérus, etc., et ces faits contre-balancent les premiers et ramènent au doute. Nous pensons donc, avec le docteur Boisseau (1), que cette affection est, comme la précédente, un état d'asthénie du système sanguin, ne consistant pas comme elle dans la diminution de la quantité du sang, mais dans l'affaiblissement de ses qualités stimulantes. Cette hypothèse explique assez bien la langueur de toutes les fonctions qui se remarque chez les chlorotiques; elle est en harmonie avec la nature des causes, celle des symptômes, et celle des moyens thérapeutiques qui con-

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom. IV, article CHLOROSE.

courent le plus puissamment à la guérison : cependant nous ne la donnons que comme une hypothèse probable. Quelquefois la chlorose n'est que le symptôme de la phlegmasie chronique d'un organe important ; et ce fait, en prouvant qu'elle n'est pas nécessairement liée à l'asthénie des organes de la génération, milite en faveur de l'opinion que nous venons d'émettre sur sa nature.

Causes. La chlorose s'observe surtout chez les jeunes filles, à l'époque de la puberté, et lorsque la menstruation s'établit avec difficulté ou ne s'établit pas du tout. Elle est extrêmement rare chez les jeunes garçons, cependant on la voit quelquefois se manifester chez eux à cette même époque. On l'observe assez fréquemment chez les femmes mariées et surtout chez les veuves ; enfin les enfans en très-bas âge n'en sont pas à l'abri : le tempérament lymphatique et la faiblesse de la constitution y prédisposent. Elle se développe ordinairement sous l'influence du froid et de l'humidité réunis, sous celle des alimens peu nourrissans ou de difficile digestion, par l'abus des boissons aqueuses froides ou chaudes, par celui des bains chauds, à la suite de l'usage prolongé de vins de mauvaise qualité, après des veilles excessives; enfin, sous l'influence du sommeil trop prolongé et d'une vie trop oisive. Mais on la voit surtout être produite par les affections morales tristes, par un amour contrarié ou malheureux, par la privation des plaisirs vénériens, par la suppression prolongée du flux menstruel, et, dans quelques cas, par l'écoulement immodéré des règles. Nous avons déjà dit qu'elle était quelquefois le symptôme d'une phlegmasie chronique d'un organe quelconque ; le plus fréquemment c'est d'une gastrite chronique qu'elle dépend.

Symptômes et *marche.* Les symptômes de cette affection consistent dans la pâleur extrême, la teinte terne, plombée, terreuse, et la sécheresse de la peau, la coloration jaunâtre, verdâtre, et la bouffissure de la face, l'infiltration des paupières au reveil, la décoloration de la conjonctive et des lèvres,

l'expression morne des yeux, la flaccidité des chairs, l'œdème des pieds, la diminution graduelle de l'appétit jusqu'à l'anorexie complète, souvent le désir soit d'alimens de haut goût, soit de substances dépourvues de toute propriété nutritive, telles que la craie, le charbon, etc., la constipation, les nausées, les vomissemens, l'inaptitude au mouvement, les lassitudes spontanées, la dyspnée, les palpitations, la petitesse et la fréquence du pouls. Les chlorotiques sont tristes, mélancoliques, et recherchent la solitude. Tous les symptômes que nous venons d'énumérer s'exaspèrent aux époques menstruelles, lorsque les règles coulent encore, mais peu à peu ces époques s'éloignent, l'écoulement sanguin est chaque fois moindre et plus pâle et plus séreux, et il finit par cesser tout-à-fait. Lors de ces exaspérations, les idées se rembrunissent encore davantage, et des syncopes se manifestent; enfin, par les progrès de la maladie, il se déclare une douleur fixe de la tête, ayant principalement son siége à l'occiput; et les symptômes d'une gastrite chronique ne tardent pas se montrer s'ils n'existaient déjà.

Durée, *terminaisons* et *pronostic*. La chlorose est presque toujours une maladie longue; cependant, lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une phlegmasie viscérale, elle est peu grave. Mais il est si rare, lorsqu'elle dure déjà depuis quelque temps, qu'un organe important, comme le poumon ou l'estomac, ne s'affecte pas, s'il ne l'était déjà dès le commencement, que lorsqu'elle se prolonge elle est presque toujours très-dangereuse. On ne peut s'en promettre la guérison facile que lorsqu'elle est récente.

Caractères anatomiques. Ce sont a peu près ceux de l'anémie, affection avec laquelle elle a beaucoup de rapport. Ainsi, à l'ouverture des cadavres, on trouve les vaisseaux sanguins vides de sang, les chairs décolorées; mais on rencontre toujours en outre, les traces de la phlegmasie chronique d'un ou de plusieurs organes.

Traitement. Le traitement de la chlorose diffère peu de celui de l'anémie ; il doit être principalement hygiénique. On doit prescrire des alimens nourrissans et légèrement excitans, si les voies digestives sont exemptes d'irritation ; recommander l'exercice et l'exiger même, malgré la répugnance de la plupart des malades à s'y livrer, le varier de toutes les manières possibles, à pied, à cheval, en voiture, etc, mais toujours dans des lieux bien aérés, et conseiller principalement la danse. Les voyages ou l'habitation dans un lieu élevé, sec et chaud, les frictions sèches ou aromatiques sur toute la peau, et les vêtemens de flanelle, sont aussi très-utiles. Les boissons des malades doivent être composées d'infusion amères, mais surtout d'eaux ferrugineuses, dont on retire en général d'excellens effets dans cette affection. Le fer, sous toutes les formes, est, comme dans l'anémie, le médicament le plus utile. Les eaux minérales ferrugineuses sont donc doublement avantageuses, et par leur nature même, et par le voyage auxquelles elles obligent. On y joint l'emploi des ventouses sèches à l'hypogastre, aux lombes et à la partie supérieure des cuisses ; les vapeurs d'eau bien chaude dirigées vers l'utérus ; l'électricité, dans le but d'éveiller en quelque sorte cet organe engourdi, et d'exciter toute l'économie, en faisant naître pour ainsi dire un nouvel organe. Il n'est jamais prudent d'avoir recours aux médicamens emménagogues, pas plus qu'aux purgatifs violens, tous conseillés dans cette affection ; et si on se hasarde à les employer quelquefois, ce ne doit être qu'avec beaucoup de circonspection, et lorsque les voies gastriques et la matrice elle-même sont exemptes de toute irritation. De temps à autre, cependant, on peut prescrire des laxatifs doux, et principalement en lavemens, pour remédier à la constipation presque constante dans la chlorose. Enfin, on améliore quelquefois cette affection par un vomitif ; c'est lorsqu'il existe un *embarras gastrique*. (Voyez *Gastrite*, tom. Ier, pag. 474.) Il est évident que, dans les cas ou la chlorose est le symptôme d'une phlegmasie chronique, le médecin ne doit s'oc-

cuper que de cette phlegmasie, et la combattre par la méthode antiphlogistique ; mais cependant, en raison de l'état de langueur du malade et du défaut d'énergie du système sanguin, il faut être très-réservé sur l'emploi des évacuations sanguines.

De l'aménorrhée.

On nomme *aménorrhée*, le défaut d'écoulement des règles. Cet état n'est souvent qu'un symptôme, que l'on a érigé en maladie chaque fois que l'on n'a pas pu remonter à sa cause. Ainsi, chez les jeunes filles, la non apparition des règles est très-fréquemment due à l'existence de la phlegmasie chronique d'un organe important, ordinairement l'estomac ou le poumon. Il en est encore de même à toutes les époques de la vie, jusqu'à l'âge critique ; et, chez les femmes mariées, la phlegmasie chronique de l'utérus lui-même en est une des causes les plus fréquentes. Mais quelquefois l'aménorrhée dépend du manque d'activité vitale de l'utérus ; elle est parfois le résultat du défaut de nourriture suffisante, de la faiblesse générale de l'individu ; enfin, l'anémie et la chlorose en sont presque toujours accompagnées ; c'est de cette aménorrhée que nous devons principalement nous occuper.

Causes. Un tempérament lymphatique et une constitution molle et détériorée sont les prédispositions ordinaires de l'aménorrhée. Cependant les auteurs rangent aussi le tempérament nerveux parmi les causes prédisposantes de cette affection, de même qu'ils mettent au nombre de ses causes productrices, l'abus des liqueurs spiritueuses, les jouissances vénériennes trop répétées, et beaucoup d'autres causes excitantes. Cela tient, ainsi que nous l'avons déjà dit, à ce que l'on a toujours confondu l'aménorrhée, qui est le symptôme d'une irritation méconnue, avec l'aménorrhée véritablement asthénique. Les causes de celle-ci sont presque toujours : d'abord cet état général de faiblesse, ou d'anémie, ou de chlorose, dont nous

avons déjà parlé, ensuite l'air humide et sombre, la mauvaise nourriture, l'usage des boissons acides, le défaut d'exercice, l'habitation dans des lieux bas, sombres, humides, marécageux, les travaux forcés, les veilles prolongées. Lorsque l'aménorrhée survient tout à coup, c'est-à-dire lorsque les règles se suppriment subitement pour ne plus reparaître, c'est presque toujours une cause accidentelle qui la produit. Les plus fréquentes sont l'impression du froid, soit par l'immersion des pieds ou des mains, ou de tout le corps dans l'eau froide, soit par l'ingestion d'une boisson froide ou le passage à un air très-frais, tandis que le corps est en sueur; toutes les vives douleurs, une impression morale un peu forte, et surtout la frayeur, ou le chagrin, ou la colère; une saignée, une hémorrhagie; l'emploi d'un purgatif, d'un émétique, ou de tout autre médicament irritant. Pour produire l'aménorrhée, l'action de ces dernières causes doit s'exercer, ou pendant l'écoulement des règles, ou à leur approche; les premiers au contraire la font ordinairement naître lentement, et souvent en diminuant à chaque période menstruelle l'écoulement du sang.

Symptômes, *marche*, etc. Les symptômes de l'aménorrhée consistent uniquement dans la diminution graduelle de l'écoulement menstruel, ou dans sa suppression subite. Assez ordinairement les malades sont pâles et éprouvent de temps à autre des troubles légers, tantôt d'une fonction et tantôt d'une autre. Quelquefois, à l'époque où les règles devraient couler, il se manifeste de la chaleur et de la douleur dans les régions hypogastrique et lombaire, de la pesanteur dans le bassin, des douleurs utérines qui ont le caractère des tranchées, et un gonflement plus ou moins considérable du ventre et des mamelles; mais le défaut d'écoulement des règles est le seul symptôme contant, et seul il caractérise la maladie.

L'écoulement des règles est une fonction si importante qu'il ne peut être suspendu pendant long-temps sans qu'une irritation plus ou moins intense ne finisse par se mani-

fester. Alors les symptômes de cette affection se joignent aux précédens, il en est de même dans les cas où l'aménorrhée est symptomatique; et comme ces irritations, causes ou effets de l'aménorrhée, peuvent avoir leur siége dans tous les tissus, il en résulte que le défaut d'écoulement des règles a été observé avec toutes les maladies de notre classe précédente.

On peut quelquefois prendre l'aménorrhée pour un état de grossesse *et vice versâ*. Comme il n'existe que deux signes positifs de grossesse, qui sont le ballottement et le mouvement spontané de l'enfant, perçus par le toucher, c'est la présence ou l'absence de ces signes qui établit le diagnostic. M. de Kergaradec y a joint deux autres symptômes fournis par le stéthoscope; ce sont, les battemens du cœur de l'enfant, et un bruit de soufflet au point d'insertion du placenta. Nous avons plusieurs fois entendu très-distinctement ces bruits; mais, dans quelques cas, nous avons vainement cherché à les découvrir. Nous pensons toutefois que l'on ne doit pas négliger ce moyen de diagnostic.

L'aménorrhée est peu grave lorsqu'elle est récente et sans complication; mais lorsqu'elle est ancienne, et surtout lorsqu'elle accompagne une irritation chronique dans un organe quelconque, elle cesse d'être une maladie légère. Il est vrai que le danger vient plutôt de l'irritation concomitante que de l'aménorrhée, et qu'il se mesure par l'ancienneté et l'intensité de cette irritation, et par l'importance du tissu qu'elle occupe; mais l'aménorrhée est aussi pour quelque chose dans le pronostic: elle le rend toujours plus grave, car une irritation qu'accompagne l'aménorrhée présente moins de chances de guérison qu'une autre irritation d'égale intensité avec laquelle l'écoulement des règles n'est pas suspendu.

Traitement. Lorsque l'aménorrhée est symptomatique, le meilleur moyen de la faire cesser est sans contredit de détruire l'irritation qui la produit; mais comme l'absence de cette évacuation sanguine naturelle augmente toujours l'intensité de l'ir-

ritation et les chances défavorables à la cure, et qu'en outre son rétablissement peut devenir la cause de la guérison, il est toujours utile de chercher en même temps à la rétablir. A cet effet, aux moyens propres à guérir l'irritation qui est la cause du désordre, on joint les pédiluves irritans, les sangsues appliquées à la vulve, en petit nombre, et tous les mois, aux époques menstruelles, la vapeur de l'eau chaude ou du vinaigre, dirigée vers l'utérus. Ce sont à peu près là les seuls moyens auxquels il convienne d'avoir recours; car tous les emménagogues, tels que le safran, la rhue, la sabine, l'absynthe, l'armoise, les préparations ferrugineuses, les pilules bénites de Fuller, celles de Rufus, etc.; et les drastiques, comme l'ellébore et l'aloès; tous ces agens, disons-nous, sont irritans et pourraient exaspérer la maladie principale. On peut cependant les employer, mais avec prudence, lorsque les voies digestives sont saines; il faut au contraire s'en abstenir lorsque la membrane muqueuse gastro-intestinale est irritée, et lorsque l'utérus lui-même est malade. La même conduite est à tenir dans le cas de suppression subite des règles, c'est-à-dire qu'il faut tout à la fois attaquer l'irritation qui en est la suite et chercher à rappeler la fluxion vers l'utérus. Cependant, s'il ne résulte pas un état morbide bien prononcé de la suppression de cet écoulement, la prudence commande de ne rien faire, pour ne pas s'exposer à détruire une grossesse commençante, que la malade ignore ou qu'elle a intérêt à cacher. Quelquefois l'aménorrhée dépend d'un état extrême d'irritabilité, sans qu'il existe un point spécial d'irritation; elle cède alors aux bains tièdes, aux boissons délayantes, à de légers narcotiques, à quelques antispasmodiques, à l'usage d'alimens doux, de végétaux, de viandes blanches, etc., et à l'abstinence de stimulans de toute espèce, et quelquefois à une seule saignée du bras ou du pied.

Mais ces moyens ne peuvent pas être employés contre l'aménorrhée asthénique; c'est au traitement stimulant qu'il faut avoir recours. Si la malade est molle, lymphatique, d'une constitu-

tion détériorée, si elle habite un lieu sombre, froid et humide, si elle se nourrit mal, etc., il faut la fortifier par une alimentation saine mais stimulante, et par quelques toniques médicamenteux, tels que les amers, le quinquina, etc.; la placer dans un air vif, sec et imprégné de lumière et de calorique; la revêtir de flanelle appliquée sur la peau, lui pratiquer des frictions sèches sur tout le corps, et la contraindre à se livrer à un exercice modéré, celui du cheval ou de la danse principalement, si cela est possible. Ces moyens n'ont en général pas besoin d'être secondés dans ce cas par l'emploi des emménagogues; mais quand l'aménorrhée asthénique est accidentelle, ce n'est que de la combinaison des uns et des autres qu'il faut attendre la cure. Nous ne déroulerons pas la liste si longue de tous les moyens conseillés dans ce but, nous en avons d'ailleurs déjà cité une partie; nous dirons seulement que, pour en obtenir de bons effets, il faut n'y avoir recours qu'aux époques où les règles devraient reparaître; et, si ces époques ne sont pas connues, les employer tous les mois, pendant trois à quatre jours. Il serait inutile de fatiguer les malades dans les intervalles par une médication intempestive, et de graves inconvéniens pourraient en résulter.

Parmi les moyens propres à faire cesser l'aménorrhée asthénique, ceux qui agissent localement nous paraissent devoir mériter la préférence sur tous les autres. Nous citerons les applications de sangsues à la vulve, aux aines, ou à la partie supérieure des cuisses, en petit nombre, et dont on arrête le sang des piqûres immédiatement après leur chute; les ventouses sèches ou scarifiées, à l'hypogastre, aux lombes, aux aines, ou aux cuisses; les vapeurs chaudes et excitantes, dirigées à l'aide d'un entonnoir jusque sur l'utérus; les injections de même nature, les fumigations aromatiques, les lavemens âcres, les pessaires irritans, et le coït.

ORDRE DEUXIÈME.

ASTHÉNIES NERVEUSES.

De l'asthénie nerveuse en général.

Les asthénies nerveuses sont beaucoup plus nombreuses que les asthénies sanguines. Toutes les paralysies, c'est-à-dire tous les cas d'abolition du mouvement ou de la sensibilité d'un organe ou d'un tissu, ou de ces deux actions vitales en même temps, en font partie. Cependant il n'y faut pas comprendre ces asthénies ou paralysies du système musculaire, que nous avons vu dépendre de plusieurs irritations, comme la cérébrite, la myélite, l'apoplexie, la catalepsie, l'épilepsie, l'arachnoïdite et l'hydrocéphale; dans tous ces cas, l'asthénie n'est qu'un symptôme. La seule espèce de paralysie qui doive y trouver place, est celle qui consiste dans la diminution ou la cessation d'action des extrémités nerveuses sensitives ou motrices. Il est vrai qu'il n'est pas toujours facile de distinguer cette paralysie en quelque sorte essentielle, de celle qui est symptomatique d'un état morbide du système cérébro-spinal. C'est en général par l'étendue qu'elle occupe que l'on juge de sa nature. Si elle est bornée à un sens, à une fonction, ou à quelques muscles seulement, il est presque certain qu'elle est idiopathique ou primitive; à moins qu'une compression ou une blessure quelconque des nerfs principaux de la partie, n'explique suffisamment son peu d'étendue. Si au contraire elle occupe tout un membre, ou plusieurs organes, ou tout un côté du corps, elle est presque toujours symptomatique d'une lésion du système cérébro-spinal. Dans un cas comme dans l'autre, l'absence ou l'existence de phénomènes cérébraux ou rachidiens concourent à éclairer le diagnostic.

Nous ne décrirons pas l'asthénie nerveuse dans chacun des siéges qu'elle peut occuper; qu'il nous suffise de dire que dans

tous les tissus, elle consiste dans la diminution ou la perte totale du mouvement ou de la sensibilité, ou de ces deux actions vitales à la fois, et que partout le traitement général de l'asthénie lui est applicable. Nous ne l'examinerons donc que dans les organes principaux, et pour mettre quelque ordre dans l'étude de ces asthénies, nous les partagerons en *asthénies du sentiment*, *asthénies du mouvement*, *et asthénies de l'intelligence*. Dans une quatrième division, nous placerons les asthénies qui portent sur ces trois grandes fonctions à la fois. La première comprendra l'*héméralopie*, l'*amaurose*, le *glaucome*, la *surdité*, l'*anosmie*, la *perte du goût*, et l'*anaphrodisie*. Dans la seconde nous étudierons l'*aphonie*, l'asthénie de l'*estomac*, l'asthénie *intestinale*, l'asthénie de la *vessie*, l'asthénie du *rectum*, l'*inertie de l'utérus*, l'asthénie des *organes génitaux*. La troisième renfermera le *collapsus cérébral*, la *démence* et l'*idiotie*. Enfin nous rangerons dans la quatrième la *congélation*, la *syncope* et l'*asphyxie*.

Asthénies du sentiment.

De l'héméralopie.

On désigne sous le nom d'*héméralopie*, une affection assez singulière, qui consiste dans l'impossibilité de distinguer les objets avant le lever et après le coucher du soleil, avec cette particularité remarquable, que la perception commence avec l'apparition de cet astre et cesse aussitôt qu'il s'abaisse au-dessous de l'horizon, quelques brillans que soient les crépuscules, et qu'elle est parfaite pendant tout le jour malgré la présence de brouillards ou de nuages. On rapporte des exemples d'individus qui ont dû à cette maladie la faculté de connaître l'instant précis où le soleil s'élève au-dessus ou s'abaisse au-dessous de l'horizon, dans les temps les plus nébuleux et lorsque ce passage est inappréciable pour tous les autres hommes. Mais on a beaucoup exagéré la fréquence de ces faits, et, dans le plus grand nom-

bre des cas, l'héméralopie consiste tout simplement dans une diminution plus ou moins considérable de la faculté de voir, se faisant remarquer le matin, le soir, et dans les temps brumeux. On pense généralement qu'elle dépend de la diminution de l'irritabilité de la rétine; Scarpa la regarde comme un premier degré de l'amaurose; cette opinion nous paraît fondée. Elle s'est quelquefois montrée d'une manière épidémique; dans certains lieux, elle est endémique.

Causes. Elles sont fort peu connues. Le froid, l'humidité et les émanations marécageuses paraissent être les principales, mais elles ne suffisent pas pour en expliquer la production; la masturbation et les excès vénériens l'occasionent quelquefois; enfin, elle est dans quelques cas le symptôme d'une irritation gastrique, d'un état continu de congestion cérébrale, et plus fréquemment l'effet des diverses maladies des parties qui concourent à la vision.

Symptômes, marche, etc. Aux symptômes caractéristiques que nous avons indiqués en définissant la maladie, il faut joindre la dilatation de la pupille, et quelquefois de la douleur et de la pesanteur de la tête qui augmentent vers le soir, et des vertiges. Les humeurs de l'œil conservent en général toute leur transparence, et l'on ne découvre dans les autres parties constituantes de cet organe aucune trace manifeste de lésion. Sa durée n'est ordinairement que de quelques jours à trois à quatre mois, mais elle est sujette à récidiver tous les ans à la même époque.

Caractères anatomiques. Ils ne sont pas connus, et, si la maladie consiste réellement dans une asthénie de la rétine ou du nerf optique, il seront peut-être toujours inappréciables.

Traitement. Lorsqu'il existe des signes de pléthore ou de congestion cérébrale, c'est en les faisant disparaître par les moyens connus que l'on détruit l'héméralopie. On la fait disparaître assez promptement par l'emploi d'un émétique, lorsqu'elle accompagne la nuance d'irritation gastrique que les auteurs nomment *embarras gastrique*, et dont les symptômes ont été

exposés ailleurs. (Tom. 1, pag. 474.) Ce moyen réussit lorsque les voies digestives sont exemptes d'irritation, mais il faut en répéter l'emploi et en seconder l'effet par des décoctions sudorifiques de gaïac, de sassafras, de squine et de salsepareille, et par l'application d'un vésicatoire à la nuque. On y joint aussi avec avantage l'usage des purgatifs, que l'on alterne et que l'on combine avec l'émétique. Cette médication énergique est souvent suivie de succès, mais il importe en l'employant de prendre garde à ne pas porter l'irritation révulsive de la membrane muqueuse gastro-intestinale jusqu'au degré de l'inflammation. Enfin, on dirige en même temps vers les yeux, du gaz ammoniac, du gaz acide sulfureux, des vapeurs éthérées, et en général toutes les vapeurs excitantes. M. Demours a essayé dans quelques cas le sulfate de quinine, mais toujours sans succès.

De l'amaurose.

On désigne sous le nom d'*amaurose*, toute perte complète ou presque complète de la vue, avec immobilité de la pupille, qui ne dépend pas d'une altération appréciable de l'œil ou des diverses parties qui le composent; on l'appelle aussi *goutte sereine*. Elle est le plus généralement produite par une paralysie de la rétine ou du nerf optique, quelquefois par l'atrophie de ce nerf, et celle-là seule mérite le nom d'amaurose. Mais elle dépend quelquefois aussi d'une congestion cérébrale, d'une accumulation de sérosité dans les ventricules, d'un état morbide du cerveau, ou de ses membranes, ou même des os du crâne, et principalement de ceux qui concourent à former les orbites. Dans tous ces cas, elle n'est plus que le symptôme d'une autre affection qui se décèle ordinairement par d'autres phénomènes morbides. Quelquefois cependant, il est difficile et même impossible de la distinguer alors de la véritable amaurose, de celle qui reconnaît pour cause la paralysie de la rétine ou du nerf optique, de celle en un mot qui seule doit nous occuper ici. Elle est continue ou intermittente.

Causes. L'amaurose est quelquefois héréditaire, et dans ce cas, presque toujours incurable. On l'observe assez fréquemment chez les vieillards, dont les yeux ont été habituellement et depuis long-temps fatigués par une lumière trop vive, par l'éclat des métaux incandescens ou d'autres corps brillans, par la chaleur ardente du feu, par la réflexion de la lumière dans les pays couverts de neige ou de sables brûlans, par les travaux à la loupe, par les veilles prolongées, et par les vapeurs âcres. Elle succède fréquemment aussi à l'ophthalmie chronique prolongée. La masturbation, l'abus des plaisirs vénériens, les saignées trop souvent répétées, les salivations et les suppurations excessives, les chagrins prolongés, la frayeur, l'usage de mauvais alimens, et l'habitation dans des lieux humides, froids et obscurs font quelquefois naître cette affection. Mais quelque autre cause cachée contribue sans doute à sa production dans ces cas; car, loin de se développer nécessairement sous ces influences, ce n'est que chez le plus petit nombre des individus qui y sont soumis qu'on la voit survenir. Une dame a été saignée par l'un de nous plus de trente fois dans l'espace de quatre ans, elle nous assure l'avoir été au moins une soixantaine de fois par les médecins qui lui ont donné des soins avant nous, et cependant sa vue n'est nullement affaiblie. Toutefois nous ne nions pas l'action de ces causes. L'amaurose est encore produite par les émanations des fosses d'aisance, par le seigle ergoté, et momentanément par l'application de l'extrait ou du suc de belladone autour de l'œil, sur cet organe lui-même, ou sur des plaies, et par l'ingestion des feuilles ou des baies de cette plante. On l'a vue quelquefois être l'effet sympathique du séjour de mucosités, de bile, ou de vers dans les voies digestives. Elle suit parfois chez les femmes les accès d'hystérie; elle se montre pendant la grossesse; quelques hypochondriaques en présentent des exemples; elle accompagne comme symptôme quelques irritations encéphaliques intermittentes; enfin, on l'a vue sympathiquement déterminée par des calculs dans la vessie ou

dans l'urètre : dans tous ces cas, elle est en général intermittente.

Les auteurs rangent encore parmi les causes de l'amaurose la suppression de la sueur, ou d'un écoulement purulent ancien et habituel; les convulsions, la disparition trop prompte de la gale, de la teigne, des dartres, des arthrites rhumatismales ou goutteuses, et la syphilis. Mais il est probable qu'alors la cécité n'est que le symptôme d'une inflammation chronique du cerveau ou de ses membranes, ou du nerf optique, ou de la rétine, ou de l'une des parties constituantes de l'œil. Un état considérable de pléthore, les congestions cérébrales, les violens éternuemens, et l'ivresse, la déterminent quelquefois; mais presque toujours passagère. Enfin, on a décrit sous le nom d'amaurose symptomatique, celle qui résulte de l'oblitération ou de la dilatation de l'artère optique, de la dégénérescence osseuse ou fibreuse de la rétine, de l'inflammation suivie de la suppuration du nerf optique; de sa désorganisation cancéreuse ou fibreuse, et de la plupart des lésions du cerveau ou de ses membranes, ayant leur siége derrière la fosse sphénoïdale; enfin celle qui est produite par les plaies ou les contusions de la région surcilière, les plaies ou les contusions de l'œil lui-même, les plaies pénétrantes dans l'orbite ou dans le cerveau, et par les coups violens sur le crâne. C'est à tort que l'on nomme amaurose la cécité produite par ces lésions, ou bien il faudrait appeler de ce nom toute perte de la vue quelle qu'en fût la cause, ce qui serait absurde. Il est vrai que souvent, dans ces cas, la maladie dont la cécité n'est que le symptôme ne peut pas être reconnue pendant la vie, et qu'alors rien ne distingue cette amaurose de celle qui dépend de la paralysie de la rétine ou du nerf optique.

Symptômes et *marche*. L'invasion de l'amaurose est quelquefois subite, mais le plus ordinairement cette maladie se forme avec lenteur. Elle débute, tantôt par un seul œil; et tantôt elle les envahit tous les deux en même temps; dans le premier cas,

si l'on n'en arrête de bonne heure les progrès, elle ne tarde pas à affecter l'autre œil. Lorsque l'invasion de l'amaurose est subite, la vue se perd tout à coup, la pupille reste dilatée et immobile, et le cristallin et le corps vitré conservent leur transparence. Quand au contraire la maladie se forme graduellement, la vue s'affaiblit peu à peu, la vision des corps éloignés ou peu éclairés commence à être moins distincte, les malades croient sans cesse voir voltiger des filamens ou des insectes, les objets ne leur apparaissent bientôt qu'à travers un brouillard ou couverts de taches obscures, la pupille se dilate, l'iris perd peu à peu sa mobilité, et l'œil affecté est quelquefois un peu dévié de l'axe visuel. La pupille conserve ordinairement sa forme, mais dans quelques cas elle est déformée; quelquefois elle reste resserrée et étroite, d'autre fois sa dilatation est extrême; tantôt son immobilité est complète, et tantôt elle conserve encore quelques légers mouvemens, quoique la vue soit entièrement éteinte. Ce dernier phénomène n'a lieu que lorsque l'amaurose n'affecte qu'un seul œil ou les affecte inégalement: alors l'iris de l'œil totalement insensible à la lumière, suit sympathiquement les mouvemens que conserve celui de l'œil sain ou qui n'est pas complètement insensible. Lorsque l'amaurose est complète; les yeux perdent toute expression, et les paupières restent immobiles à l'approche des corps étrangers.

Pour s'assurer de l'existence de l'amaurose, il faut examiner les yeux au grand jour, en face et par le côté, afin de connaître l'état des membranes et des humeurs, et les faire passer alternativement du grand jour à l'obscurité, en abaissant et élevant tour à tour les paupières supérieures, afin de savoir si l'iris exécute encore quelques mouvemens. Si la contraction permanente de la pupille ne permettait pas de bien examiner le cristallin et le corps vitré, on devrait la faire cesser en appliquant de l'extrait de belladone sur l'œil; on pourrait au contraire, lorsqu'elle est très-dilatée et le cristallin opaque, s'assurer par

l'électricité si l'iris est encore mobile. Dans le plus grand nombre des cas, les malades éprouvent un sentiment de chaleur ou de tension dans l'œil, dans la région sourcillière ou l'intérieur du crâne, avant que l'affaiblissement de la vue soit bien marqué, et ces sensations s'évanouissent ou diminuent dès que la vue est abolie, mais quelquefois aussi la maladie se déclare sans avoir été précédée par aucun de ces phénomènes.

Il existe une variété singulière de l'amaurose; elle consiste dans un trouble de la vision tel, que les malades ne voient que la moitié des objets qu'il examinent. Chez d'autres individus, les objets sont vus en entier tant qu'ils restent placés dans la direction de l'axe visuel; mais si ces corps se déplacent, si c'est une personne, par exemple, et qu'elle marche, il semble au malade qu'elle passe derrière un écran qui lui en dérobe graduellement la vue, bien avant qu'elle soit sortie du champ de vision le plus borné. Chez certains, l'œil ne peut apercevoir que la moitié supérieure, inférieure, ou l'une des moitiés latérales des objets. Ces variétés de l'amaurose, qui paraissent dépendre de la paralysie d'une portion de la rétine, ont reçu le nom d'*hémiopie*.

Tous les auteurs parlent de la complication de l'amaurose avec l'ophthalmie interne, l'iridite, l'hydrophthalmie, la cataracte, etc.; mais il est évident qu'ici la cécité n'est que le symptôme d'une autre maladie. Cependant il est possible que cette affection existe quelquefois avec celles que nous venons de nommer; mais le diagnostic en est alors à peu près impossible (voyez *Cataracte*). M. Marjolin parle d'une complication très-rare, qui consiste dans la présence de bosselures bleuâtres et demi-transparentes, situées tout autour de la cornée et sous la partie antérieure de la sclérotique qu'elles soulèvent et amincissent. Elles contiennent un fluide limpide, et font saillie d'une ligne environ. Ouvertes, le liquide qu'elles contiennent s'écoule, mais sans que la vue soit améliorée, et elles se reproduisent promptement.

Durée, terminaisons et *pronostic*. L'amaurose se dissipe quelquefois en quelques jours, mais ces cas heureux sont rares, et le plus ordinairement sa durée est longue ; souvent même elle dure toute la vie. Plus les désordres qui l'accompagnent sont considérables et plus elle est grave. Lorsqu'elle est très-ancienne, lorsque la pupille est déformée ou extrêmement dilatée, et lorsqu'on aperçoit au fond de l'œil une teinte blanchâtre ou grisâtre, l'amaurose est ordinairement au-dessus des ressources de l'art.

Caractères anatomiques. Ceux de l'amaurose véritable ne sont pas connus, et si cette affection consiste dans la paralysie de la rétine ou du nerf optique, comme il est permis de le croire, il sera long-temps difficile et peut-être impossible d'apprécier les changemens d'organisation dont elle dépend. Quant aux autres lésions que l'on rencontre souvent à sa suite, ce sont celles de toutes les maladies profondes des organes de la vision ou de l'encéphale. (Voyez *iridite*, *ophthalmie interne*, *hydrophthalmie*, *glaucome*, *cataracte*, etc.)

Traitement. Le traitement de l'amaurose est varié comme les désordres dont elle dépend ; quelquefois il est rationnel, mais plus fréquemment encore empirique. La difficulté de distinguer dans un grand nombre de cas, l'amaurose réelle de celle qui n'est que le symptôme d'une autre maladie, va nous forcer à en tracer la thérapeutique pour tous les cas.

Au début de la maladie, chez les individus pléthoriques, lorsque le visage est fortement coloré et le pouls plein et dur, et quand il existe de violentes douleurs de tête, des vertiges, des tintemens d'oreilles, avec battement des artères temporales et pulsations dans les yeux et le fond des orbites, on dissipe assez ordinairement l'amaurose, en détruisant la congestion cérébrale qui la produit, par la saignée de la temporale, de la veine jugulaire, du bras ou du pied, et dans les cas de moindre intensité, par des applications de sangsues aux tempes, aux

narines, derrière les oreilles, à la nuque, et lorsque la maladie a succédé à la suppression des menstrues ou de flux hémorrhoïdal, à la vulve ou à l'anus. Les ventouses scarifiées, aux tempes, sur le front et la nuque, concourent efficacement à la guérison. On doit en même temps mettre le malade à un régime non stimulant, et à l'usage des boissons émollientes, et tenter d'opérer une révulsion sur les voies digestives par de légers purgatifs, et sur les extrémités inférieures par les pédiluves irritans.

Lorsque ces premiers moyens sont impuissans, ou bien lorsqu'en raison de l'absence des signes de congestion cérébrale ou d'irritation forte de l'œil, on n'a pas jugé à propos d'y avoir recours, il faut employer les vésicatoires et mieux les cautères ou les sétons à la nuque, et en entretenir longuement la suppuration. Que si ces moyens échouent, on doit appliquer des moxas sur les tempes, ou sur le trajet du nerf sourcilier ou vers l'angle supérieur de l'occipital. On peut remplacer les moxas par toute autre cautérisation et spécialement par l'emploi de la pommade ammoniacale. Les purgatifs sont toujours utiles pour seconder l'action de ces moyens, si les voies digestives sont saines. On peut aussi exciter la membrane muqueuse des fosses nasales par le tabac et même par des poudres sternutatoires.

Tel est le traitement de l'amaurose symptomatique d'une autre affection ; mais lorsqu'elle dépend de l'asthénie du nerf optique ou de la rétine, c'est aux moyens excitans qu'il faut avoir recours pour la dissiper. Le baume de Fioraventi, le gaz acide sulfureux, le gaz ammoniac, la vapeur d'éther phosphoré, l'électricité et le galvanisme, tels sont les principaux de ces moyens.

Enfin, on est très-souvent réduit à l'emploi empirique d'une foule de médicamens pour détruire cette affection. C'est ainsi que le tartrate d'antimoine et de potasse, donné comme vomitif, a souvent produit des guérisons très-rapides ; que l'on

en a aussi obtenu par les eaux minérales hydro-sulfureuses ou ferrugineuses à l'intérieur ou en douches, par les décoctions ou les extraits de houblon, de gentiane ou de quinquina; le musc, le camphre, la valériane, l'huile animale de Dippel, l'esprit de corne de cerf succiné, l'infusion très-forte d'arnica, son extrait, l'éther phosphoré, les préparations mercurielles unies aux sudorifiques, l'extrait de ciguë, les pilules de Méglin, l'extrait et la poudre d'aconit, les préparations antimoniales, l'extrait de pulsatille noire, et celui de clématite. Les auteurs ont fait de grands efforts pour préciser les indications de ces médicamens; le *rhumatisme*, la *goutte*, les *scrofules*, la *syphilis*, etc., ont été tour à tour mis par eux en jeu pour en commander l'emploi ou en expliquer les bons effets, mais avec si peu de succès, que tous sont encore réduits aujourd'hui à passer de l'un à l'autre sans guide et sans choix. Ce tâtonnement et l'administration d'agens aussi énergiques que quelques-uns de ceux que nous venons de citer, sont sans danger tant que les voies digestives restent impassibles, mais aussitôt qu'elles s'irritent, il faut immédiatement suspendre ces médicamens et prescrire des adoucissans.

Du glaucome.

Les auteurs ne sont pas même d'accord sur la maladie qu'ils désignent par le nom de *glaucome*. Dans l'origine, il a été employé pour exprimer la coloration de la pupille en vert d'eau de mer avec affaiblissement ou perte de la vue, et d'après son étymologie on aurait dû lui conserver ce sens: mais tandis que quelques oculistes s'en servent pour désigner l'opacité du cristallin, son dessèchement et sa coloration en vert *glauque*, d'autres l'appliquent à l'opacité de la cornée transparente, ceux-ci à l'obscurcissement de l'humeur vitrée avec paralysie de la rétine, ceux-là à cette même paralysie jointe à toute espèce de cataracte, enfin M. Demours le définit : une inflammation du

périoste orbitaire, de la membrane muqueuse qui revêt les sinus frontaux, des capillaires sanguins et lymphatiques du globe, suivie de paralysie de la rétine et du nerf optique, de désorganisation du corps vitré et d'opacité du cristallin, et qui entraîne constamment la perte de la fonction de l'œil affecté. Toutefois, l'opinion la plus générale est que le glaucome consiste dans l'obscurcissement de l'humeur vitrée, entraînant consécutivement l'opacité du cristallin et la paralysie de la rétine et du nerf optique, et que l'irritation des diverses parties de l'œil est constamment le point de départ de ces désordres.

Causes. Ce sont à peu près les mêmes que celles de l'amaurose. Les contusions du globe de l'œil, les chutes, l'impression de l'air frais pendant la nuit, les émotions vives, les ophthalmies violentes et répétées, la disparition subite de l'arthrite rhumatismale ou goutteuse, et la suppression des règles et du flux hémorrhoïdal, ont quelquefois été suivies de glaucome, mais les causes en restent fréquemment inconnues.

Symptômes, *marche*, *terminaisons* et *pronostic*. Au début, la maladie n'affecte ordinairement qu'un seul œil. Le malade voit d'abord un brouillard, qui disparaît pendant un temps plus ou moins long, comme plusieurs heures et même plusieurs semaines, souvent après l'ingestion des alimens. Quelquefois à son réveil, il lui semble que de la poussière voltige dans la chambre. Par les progrès de la maladie, les corps lumineux paraissent plus grands ou plus petits que dans l'état naturel, de petits globules colorés semblent voltiger dans l'air, un nuage léger vient s'interposer entre l'œil et les objets, et la flamme des bougies paraît entourée d'un cercle présentant toutes les couleurs du spectre solaire ; en un mot, l'œil décompose la lumière comme les lunettes non achromatiques. A ce degré, le mal est déjà incurable, et cependant on ne découvre souvent encore aucun changement appréciable dans

l'œil. Mais bientôt, et parfois très-rapidement, la conjonctive et la sclérotique se couvrent de vaisseaux variqueux d'un rouge noirâtre ; la pupille se déforme, elle s'allonge surtout transversalement; quelquefois elle se dilate en tous sens, au point que l'iris semble ne plus exister, et sa couleur noire est remplacée par une couleur d'un vert glauque, ou d'un gris trouble, ou d'un blanc jaunâtre. Le cristallin commence alors à s'obscurcir, et prend une couleur verte, et le glaucome semble faire saillie dans la chambre antérieure de l'œil. Des douleurs vives et continuelles se font sentir dans le globe de l'œil et dans la tête, l'iris est immobile, les vaisseaux variqueux de la conjonctive et de la sclérotique se dilatent davantage, l'œil finit par perdre son brillant; il diminue de volume, devient mou, s'atrophie, et les douleurs diminuent ou cessent. Plus ou moins long-temps après, l'œil resté sain s'enflamme et présente successivement les mêmes phénomènes que le premier, tandis que le malade est tourmenté de violentes céphalalgies.

Ces symptômes sont ordinairement précédés par ceux de l'ophthalmie interne ou de l'hydrophthalmie, tels que douleurs, picotemens, élancemens dans le globe de l'œil; et quand le glaucome s'établit subitement, une irritation violente ouvre la scène. Cette maladie est de bonne heure incurable. On manque de recherches anatomiques sur sa nature.

Traitement. Les efforts du médecin doivent avoir principalement pour but de prévenir le glaucome, car dès qu'il existe, il reste peu d'espérance de guérison. A cet effet, il faut avoir recours à la méthode antiphlogistique, telle que nous l'avons conseillée dans toutes les inflammations des yeux précédemment étudiées, et l'employer surtout avec énergie. Si malgré l'emploi de cette médication le glaucome se forme, il faut employer les vésicatoires, les cautères, les sétons, les moxas, et en général tous les révulsifs cutanés, et en même

temps établir sur les voies digestives une révulsion permanente par des purgatifs fractionnés et continus. Ces moyens sont rarement suivis de succès, et les collyres opiacés, les vapeurs aromatiques et stimulantes que nous avons indiquées contre l'amaurose, échouent presque constamment aussi. Il serait peut-être plus avantageux de continuer le traitement antiphlogistique local, et de le combiner avec les révulsions gastro-intestinales et cutanées. M. Demours conseille les antiphlogistiques comme l'unique moyen de préserver l'autre œil de la maladie. On a proposé de vider ou d'extirper l'œil affecté de glaucome pour préserver celui qui est sain. Ces moyens ont été employés sans succès; ils ont été quelquefois suivis d'accidens graves, tels que la manie; nous pensons qu'on ne doit plus les tenter aujourd'hui.

De la surdité.

Nous traiterons sous ce titre de la diminution de l'ouïe et de son abolition complète, qui ne sont d'ailleurs que des degrés de la même affection. La surdité n'est très-souvent qu'un symptôme; ainsi nous l'avons vue accompagnant l'otite, l'ulcération et la carie de l'oreille, et par la suite nous la verrons être occasionée par des excroissances ou des concrétions dans le conduit auditif, par la dilatation et par l'oblitération de ce conduit, par la perforation de la membrane du tympan, par l'engouement de l'oreille interne, et par l'obturation de la trompe d'Eustache. Nous ne devons nous occuper ici que de la surdité produite par la paralysie du nerf optique, et de la surdité congéniale.

Causes. La paralysie du nerf acoustique peut être produite par sa commotion résultant d'un coup ou d'une chute sur la tête, ou d'une chute sur les pieds, sur les genoux, sur le coccyx. Un soufflet a suffi quelquefois pour la déterminer; elle est fréquemment l'effet des bruits violens et subits, tels

que l'éclat de la foudre, l'explosion des pièces d'artillerie, d'une mine, d'un magasin à poudre. M. Itard pense que le nerf labyrinthique, en raison de sa mollesse et de sa position sur des parties osseuses, se désorganise aisément par l'effet de ces commotions (1). Les irritations diverses du cerveau deviennent souvent aussi des causes d'une surdité qui persiste après qu'elles ont cessé; ainsi les enfans en sont fréquemment atteints à la suite de convulsions, les femmes après les attaques d'hystérie (dans ce dernier cas, elle est ordinairement passagère); et tous les individus, après l'inflammation du cerveau ou de l'arachnoïde, et à la suite de l'apoplexie. Elle est quelquefois sympathique de cette forme de la gastrite désignée par le nom d'*embarras gastrique*, de la présence des vers dans les voies digestives, des douleurs de la dentition ou de celles qui résultent des dents cariées. Il n'est pas rare de la voir dépendre d'un état de pléthore; il l'est encore moins de la voir succéder à la disparition de la rougeole, ou de la scarlatine, ou des dartres, souvent même elle existe en même temps que cette dernière affection. M. Itard pense que le virus syphilitique, et la prédominance du système lymphatique ou la disposition aux scrofules, peuvent aussi la produire. Enfin, dans plusieurs cas, la paralysie du nerf n'est précédée par aucune de ces affections, ni liée avec aucune de ces dispositions morbides, et paraît être l'effet d'une asthénie essentielle et progressive de cet organe.

La surdité de naissance reconnaît pour cause la plus ordinaire la paralysie du nerf labyrinthique. Dans quelques cas cependant, elle est l'effet de lésions évidentes. Ainsi, chez deux sourds-muets, M. Itard a trouvé la caisse remplie de concrétions d'apparence crayeuse; chez deux autres, des végétations sur la membrane qui la tapisse; chez un cinquième, une matière gélatineuse remplissant la cavité du tympan et les sinuosités laby-

(1) *Ouvrage cité*, tom. II, pag. 308 et suivantes.

rinthiques; chez un sixième, la conversion du nerf en une bouillie liquide; enfin, une septième, ne lui a paru devoir son infirmité qu'à l'absence du conduit auditif (1). Fabrice d'Acquapendente a vu deux fois la surdité de naissance produite par un prolongement de la peau, tendu au fond du conduit; enfin, la présence d'un polype dans ce conduit en est quelquefois la cause. Mais, dans la très-grande majorité des cas, la surdi-mutité dépend de la paralysie du nerf labyrinthique, soit congéniale, soit acquise dans la première enfance, à la suite des phlegmasies cutanées éruptives, des convulsions, et surtout par l'influence d'une dentition orageuse (Itard). Excepté dans les trois derniers cas, d'ailleurs, il est impossible de reconnaître pendant la vie les lésions matérielles qui produisent quelquefois cette infirmité.

Symptômes, *marche*, *durée*, etc. Les personnes qui éprouvent naturellement de la difficulté à suivre une conversation générale, ou qui, par le moindre bruit ou par le mélange de quelques autres voix, perdent le fil d'un discours qui captivait leur attention, sont plus disposées que les autres à devenir sourdes (Itard). Cette faiblesse de l'audition est le premier symptôme par lequel débute la surdité qui survient graduellement. Il s'y joint souvent des bourdonnemens, de la céphalalgie, une sorte d'embarras dans la tète, un affaiblissement de la mémoire, et moins de disposition à l'étude des sciences abstraites. Mais chez les enfans et les idiots, il est impossible d'acquérir ces signes diagnostiques. Voici la marche que suit M. Itard, lorsque, consulté pour des enfans qui sont parvenus à l'âge de cinq à six ans sans parler, ou sans parler distinctement, il veut savoir si ces petits êtres entendent assez pour pouvoir parler, si la langue et les organes de la voix sont aptes ou non à remplir leurs fonctions, enfin si l'absence de la parole tient à la stupeur des facultés intellectuelles. Ce médecin s'as-

(1) *Ouvrage cité*, tom. II, pag. 405 et suivantes.

sure d'abord si l'enfant est idiot (voyez *Idiotisme*); s'il l'est, il le fait enfermer dans la chambre où il couche, placé de manière qu'il puisse être aperçu dans son lit par un trou fait à la porte. On laisse passer l'heure habituelle de son lever et de son déjeûner, et quand on l'aperçoit bien éveillé, on passe brusquement la clé dans la serrure, en examinant l'effet que produit ce bruit. Si l'enfant ne fait aucun mouvement pour se lever, il faut le regarder comme sourd; si, au contraire, il donne des signes d'audition, on recommence l'épreuve toujours de plus en plus doucement, afin d'apprécier le degré de la surdité. Lorsque l'enfant n'est pas idiot, M. Itard l'exerce d'abord à lever un doigt à chaque coup que le battant de son *acoumètre* frappe sur le cercle. Quand il est familiarisé à cet exercice, il l'éloigne de l'instrument à la distance de cinq mètres, et lui bande les yeux. Tirant alors de l'instrument les sons les plus forts, il descend jusqu'aux plus faibles, et estime de la sorte le degré de finesse ou d'affaiblissement de l'ouïe (1).

La diminution de l'ouïe est ordinairement insensible; en même temps elle est quelquefois partielle, c'est-à-dire que des individus devenus inhabiles à suivre la conversation peuvent encore entendre et exécuter de la musique; d'autres entendent nettement et distinctement les bruits les plus faibles s'ils sont émis isolément, et ne perçoivent que des sons confus dans un concert ou une conversation; quelques-uns recouvrent l'ouïe au milieu des bruits les plus forts, comme celui d'une voiture sur le pavé, celui d'un tambour, celui des cloches, etc.; enfin il en est dont la surdité se dissipe dans la conversation à voix basse, pourvu que le plus profond silence règne autour d'eux. Mais quelquefois la surdité est subite: c'est lorsqu'elle succède à une affection cérébrale, à une inflammation gutturale intense, et surtout aux commotions violentes produites par les coups, les chutes, ou les bruits violens et subits. Dans tous les cas, elle

(1) *Ouvrage cité*, tom. II, pag. 46 et suivantes

augmente plus ou moins rapidement, reste quelquefois stationnaire, s'accroît dans la vieillesse, aux époques menstruelles, sous l'influence des affections morales tristes, des repas trop copieux, des courses rapides, et surtout sous celle du froid humide; elle diminue au contraire dans les circonstances opposées. M. Itard a observé une jeune fille de huit ans, qui devenait sourde chaque fois qu'en la peignant on la débarrassait de tous les poux qu'elle avait dans la tête, et qui ne recouvrait l'ouïe que lorsque ces insectes commençaient à se reproduire.

Il n'est pas rare de voir l'insensibilité du nerf labyrinthique s'étendre au pavillon de l'oreille, aux tempes, aux régions mastoïdiennes et parotidiennes, et aux tégumens du cou, au point de rendre ces parties insensibles à l'action des instrumens. Quelquefois la membrane qui revêt le conduit auditif cesse de sécréter du cérumen, prend l'aspect de la peau, et se recouvre d'un épiderme sec et farineux. Ce signe n'existe pas toujours, il se rencontre même rarement chez les sourds de naissance; mais lorsqu'on l'observe, il est la preuve certaine de la paralysie du nerf auditif. La surdité des vieillards présente souvent ce symptôme. Enfin, quelques signes aident encore à reconnaître la surdité par paralysie du nerf; ainsi elle semble diminuer lorsqu'il se fait un grand bruit autour de la personne qui en est affectée, dans une voiture qui roule avec bruit sur le pavé, par exemple, ces sourds entendent mieux que les individus dont l'ouïe est parfaite. Cette surdité augmente au contraire par les contentions d'esprit et les chagrins.

S'il n'est que d'une importance secondaire de distinguer les degrés de surdité non congéniale, il est de la plus grande utilité au contraire de préciser les degrés de la surdité de naissance. M. Itard en établit cinq modes principaux qu'il distingue par les caractères suivans : 1° audition de la parole; 2° audition de la voix; 3° audition des sons; 4° audition des bruits; 5° audition nulle ou surdité complète. Il résulte des observations de

ce savant médecin, que la première classe comprend à peine la quarantième partie des sourds-muets; la seconde, à peu près le trentième; la troisième, un vingt-quatrième; la quatrième, les deux cinquièmes; et la cinquième, un peu plus de la moitié. Chez les sourds des deux premières classes, l'ouïe est très-susceptible d'amélioration. Les conséquences de la surdité de naissance ou du bas âge sont l'isolement moral de l'individu, le mutisme, et le développement plus ou moins incomplet des facultés mentales. Nous renvoyons pour de plus grands détails à l'excellent ouvrage de M. Itard.

La surdité est en général une maladie difficilement curable; celle qui est congéniale ou qui survient dans le bas âge est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Toute surdité qui est accompagnée de symptômes de maladie de l'encéphale, celle qui se déclare dans la vieillesse sans causse appréciable, et qui augmente par degrés sans présenter de temps à autre de l'amélioration, celle qui succède à l'apoplexie ou à toute autre affection cérébrale simple ou compliquée, celle qui accompagne la sécheresse du conduit auditif; enfin celle qui est l'effet immédiat d'un coup sur la tête, de quelque grande explosion : toutes ces surdités sont incurables. La jeunesse et la puberté n'apportent aucune amélioration à cette infirmité; la guérison spontanée en est très-rare; les maladies aiguës l'aggravent.

Traitement. C'est par les forts excitans qu'il faut tenter la guérison de la surdité par paralysie du nerf auditif. M. Itard a vainement essayé plusieurs fois l'électricité et le galvanisme; les moyens dont il a retiré le plus d'avantages sont : le moxa appliqué à plusieurs reprises aux tempes, au pourtour de l'oreille, et surtout derrière le condyle de la mâchoire; les vaporisations éthérées dirigées dans le conduit auditif, dans l'oreille interne par la trompe d'Eustache, et l'emploi à l'intérieur de la fleur d'arnica et des préparations ferrugineuses. Cet auteur rapporte plusieurs faits curieux de surdité guérie par l'emploi

des anthelmintiques et l'expulsion de vers plus ou moins nombreux. Lorsque la surdité est due à un état de pléthore, la saignée générale en est le meilleur remède; l'application de deux sangsues à l'orifice des narines produit aussi d'excellens effets; mais il faut être averti que ces évacuations sanguines augmentent d'abord la surdité, et que ce n'est qu'un ou deux jours après que l'on en observe les bons effets. Quand elle succède à la disparition de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de l'arthrite, de dartres, d'ulcères, il faut essayer de rappeler ces affections par tous les révulsifs connus, les boissons chaudes et sudorifiques dans les trois premiers cas, et les douches sur la tête; mais alors même qu'on y parvient, si la surdité est un peu ancienne, elle reste presque toujours incurable. Enfin, la surdité qui est produite par le virus syphilitique guérit assez facilement par le traitement mercuriel.

Comme il est rare que l'on parvienne à guérir la surdité, et que cette affection n'est pas toujours complète, on a inventé des instrumens pour en diminuer les inconvéniens. Ces instrumens sont des cornets acoustiques. Leur forme et leurs dimensions varient, mais tous se réduisent à des cylindres creux, d'argent, de cuivre, ou de fer-blanc, rétrécis à l'une de leurs extrémités et évasés à l'autre, roulés en spirale à leur centre, et interrompus par un ou deux diaphragmes de baudruche (voyez Itard). Dans des cas indéterminés, on rétablit l'ouïe en faisant placer à demeure un simple cylindre dans le conduit auditif; il est quelquefois nécessaire que ce cylindre soit entretenu humide; son action cesse aussitôt qu'il se dessèche. M. Itard a imaginé une sorte de porte-voix en bois, de forme pyramidale, évasé à l'une de ses extrémités et terminé à l'autre comme l'anche d'une clarinette; on suspend cet instrument au plafond par un fil, le sourd prend la petite extrémité entre ses dents, et l'on parle dans le pavillon sans le toucher avec la bouche. Enfin, ce médecin a encore inventé un autre instrument qui a le double avantage de propager le son par le con-

duit auditif et par l'ébranlement des os du crâne. (Voyez la description de cet instrument dans son ouvrage.)

Les suppurations extérieures, par le moxa, le bouton de feu sur les apophyses mastoïdes, le séton à la nuque, le vésicatoire sur la conque même de l'oreille, les purgatifs continus, et les stimulans précédemment indiqués, sont encore les moyens que l'on emploie contre la surdité de naissance; mais le traitement en est le plus ordinairement infructueux. La perforation du tympan, suivie d'injections dans la cavité de l'oreille, a été pratiquée une seule fois avec succès, par M. Itard; dans treize autres cas, elle n'a pas produit d'amélioration, excepté chez un enfant; mais cette amélioration n'a duré que quelques jours. Nous ne pouvons pas nous occuper ici des moyens de diminuer les inconvéniens de la surdité de naissance par l'éducation, et nous renvoyons encore à l'ouvrage de M. Itard.

De l'anosmie.

On entend par *anosmie*, la diminution ou la perte de l'odorat. Cette affection est presque toujours symptomatique, soit de l'inflammation de la membrane muqueuse qui revêt les fosses nasales, soit de son ulcération, de ses polypes, de la présence des vers à sa surface, soit enfin d'une désorganisation cérébrale, un abcès, par exemple, ayant son siége dans les lobes antérieurs du cerveau; souvent elle est sympathique de certaines névroses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, ou de quelques inflammations, comme la bronchite et la pneumonite; enfin il est peu de gastro-entérites intenses qui ne la produisent. Mais cette maladie paraît être, dans quelques cas, primitive, idiopathique. Les exemples, il est vrai, en sont rares. L'anosmie est ordinairement l'état naturel des individus qui en sont atteints: chez les vieillards, elle est un des effets des progrès de l'âge, comme la surdité, l'amaurose etc.; dans le plus petit nombre des cas, elle se développe par l'abus des odeurs fortes ou par

le défaut d'exercice du sens de l'odorat. Cette maladie n'est jamais grave, elle mérite même à peine le nom de maladie ; on ne parvient presque jamais à la guérir. Les odeurs vives et pénétrantes, et l'électricité, peuvent être employées dans l'intention de la faire cesser. Il est évident que lorsqu'elle dépend d'une autre maladie, elle ne peut disparaître qu'avec cette affection.

De la perte du goût.

Tout ce que nous venons de dire de l'anosmie est applicable à la diminution et à la perte du goût. Ce phénomène morbide est presque toujours symptomatique ou sympathique d'autres affections, principalement des inflammations de la membrane muqueuse buccale, de celle de l'estomac, et de celle des poumons; il a quelquefois sa cause dans une altération du cerveau; quelquefois aussi il est idiopathique. Les alimens très-sapides, âcres, acides, le font ordinairement disparaître, mais il arrive enfin une époque de la vie où toute saveur reste sans effet, et où le goût ne peut plus être réveillé par les irritans même les plus forts. Cette affection est plus grave que la précédente, d'abord parce qu'elle se fait sentir tous les jours et cause en général beaucoup de chagrin à celui qui l'éprouve, et en second lieu parce qu'elle influe sur les résultats d'une des fonctions les plus importantes de l'économie, la digestion.

De l'anaphrodisie.

La diminution, l'absence et l'abolition des désirs vénériens sont désignées par le nom d'*anaphrodisie*. Cette affection paraît dépendre de l'asthénie d'une portion du système nerveux, probablement du cervelet, à laquelle les organes de la génération ne participent en aucune manière ou que faiblement, et elle diffère de l'*impuissance* en ce que dans celle-ci les désirs vénériens persistent, mais que rien ne peut réveiller l'action

engourdie des organes génitaux. Ses causes ordinaires sont : la masturbation, le coït excessif, l'abstinence trop sévère ou le défaut de nourriture suffisante, l'usage d'alimens privés de propriétés excitantes, certaines substances telles que le nymphœa, les émulsions faites avec des semences froides, les pertes considérables de sang, toutes les maladies de longue durée, les travaux excessifs, les veilles prolongées, les méditations profondes, les études opiniâtres, et enfin la vieillesse. On guérit l'anaphrodisie par la cessation de la masturbation ou de l'abus du coït, par une alimentation saine, substantielle, excitante, par l'usage modéré d'un vin généreux, et en écartant toutes les causes que nous venons de lui assigner. Plusieurs moyens, connus sous le nom d'*aphrodisiaques*, sont également employés dans ce but. Toutes les épices, les aromates, les champignons, les truffes, le céleri, les spiritueux à doses modérées, la vanille, le safran, le musc, l'opium, l'ambre gris, la menthe poivrée, les cantharides et le phosphore, jouissent de la propriété de réveiller les désirs vénériens. Quelques-uns portent leur action sur les organes génitaux eux-mêmes, et conviennent mieux par conséquent contre l'impuissance. L'électricité, dirigée sur la nuque, la colonne épinière et les parties génitales, a produit quelques guérisons. Mais si l'anaphrodisie dépend toujours de l'asthénie du cervelet, c'est à la nuque que les moyens excitans doivent surtout être appliqués ; c'est là qu'il faut appliquer les vésicatoires, les sétons, et qu'il faut pratiquer les frictions avec les substances spiritueuses, phosphorées ou cantharidées. L'anaphrodisie qui est l'effet de l'âge est incurable, et ce n'est jamais sans danger que des vieillards imprudens essaient de se procurer des jouissances, en usant des aphrodisiaques énergiques, comme les cantharides et le phosphore.

Asthénies du mouvement.

De la blépharoptose.

La paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure a reçu le nom de *blépharoptose*; on l'applique aussi à l'allongement et à l'abaissement de la paupière, produits par le gonflement inflammatoire, l'œdême, la contusion, ou une plaie transversale de cette membrane. Mais dans tous ces cas la chute de la paupière n'est qu'un symptôme qui cède avec la maladie dont il émane, et ne doit pas par conséquent nous occuper : la paralysie du muscle élévateur de cet organe mérite seule notre attention.

Causes et *symptômes*. On connaît peu les causes de cette paralysie; Janin l'a observée une fois congénitale; elle se manifeste quelquefois subitement sans symptômes précurseurs; d'autres fois elle est précédée par de violentes céphalalgies et des tintemens d'oreilles; il n'est pas rare de la voir être la suite des plaies de tête, et principalement des lésions du sourcil. On la reconnaît aisément à l'abaissement continuel et plus ou moins complet de la paupière supérieure au-devant du globe de l'œil; les malades sont obligés de la soulever pour regarder les objets; elle retombe, et l'œil se ferme aussitôt qu'ils cessent de la soutenir. Lorsque l'œil n'est pas complètement couvert par la paupière abaissée, il prend nécessairement une direction vicieuse, et se dirige en bas et de côté; et dans les cas mêmes où cet organe est entièrement caché, il est souvent entraîné en dehors par la contraction de son muscle abducteur, parce que ses muscles droits, supérieur, inférieur et interne, se trouvent alors paralysés en même temps que la paupière. Dans les deux cas, le malade est affecté de strabisme, et de plus, dans le dernier, de diplopie. La seule affection avec laquelle on pourrait la confondre est la contraction spasmodique

du muscle orbiculaire des paupières, symptôme qui accompagne la plupart des ophthalmies douloureuses, et parfois l'inflammation du cerveau; mais on l'en distingue par la difficulté que l'on éprouve dans ce dernier cas à soulever la paupière, par les plis qui se font remarquer vers son angle externe, et par l'abaissement du sourcil, tous signes qui n'existent pas dans la blépharoptose.

Traitement. Les frictions sur le sourcil et la paupière avec les linimens ammoniacaux ou avec le baume de Fioraventi, le gaz acide sulfureux dirigé vers cette partie, l'électricité, l'électro-puncture, les vésicatoires derrière le cou ou les oreilles, et le séton à la nuque, sont les moyens que l'on emploie ordinairement contre cette affection, qui est souvent incurable.

De l'aphonie.

L'aphonie est la perte plus ou moins complète de la voix. Tous les auteurs la regardent comme un effet de l'asthénie ou paralysie des muscles du larynx.

Causes. Cette affection n'est très-souvent qu'un des symptômes d'une autre maladie. Ainsi, elle accompagne plusieurs affections cérébrales, comme la cérébrite, l'apoplexie, la catalepsie, l'épilepsie et l'hystérie; l'inflammation du larynx la détermine presque constamment; elle est fréquemment produite par les inflammations vives de l'estomac, et quelquefois par celle des bronches ou des poumons; par la présence de vers nombreux dans les voies digestives; enfin elle est, chez quelques femmes, l'effet sympathique de la grossesse. Il est donc rare de la voir dépendre de l'asthénie ou paralysie primitive des muscles du larynx; on doit penser qu'il en est ainsi cependant, lorsque l'on voit l'aphonie survenir tout à coup après l'immersion du corps dans l'eau froide, ou après une vive impression de froid, surtout lorsque le corps est échauffé, causes qui sont les deux plus fréquentes de cette affection

lorsqu'elle est primitive. Elle se montre aussi, dans quelques cas, après la disparition d'une dartre ou à la suite d'une suppression d'hémorrhagie habituelle ; enfin, on la voit assez fréquemment produite par une vive frayeur, mais il est peu probable qu'elle dépende alors de l'asthénie des muscles du larynx.

Symptômes et *traitement*. L'aphonie est très-facile à reconnaître ; elle diffère du mutisme en ce que, dans cette dernière affection, il y a possibilité de produire des sons, mais non de les articuler, tandis que dans l'aphonie les sons ne peuvent être produits, ou bien sont considérablement affaiblis, mais l'individu peut souvent encore les articuler. Chez la plupart des aphoniques, la voix n'est pas abolie, elle est seulement plus ou moins diminuée ; ils parlent à voix basse. On guérit quelquefois assez promptement cette affection par des boissons chaudes et diaphorétiques, telles que le thé, le sureau, la bourrache, etc., lorsqu'elle est l'effet du refroidissement subit de la peau. Quand elle a succédé à la frayeur, elle se dissipe ordinairement d'elle-même, mais quelquefois elle résiste à toutes les ressources de l'art, et dure autant que la vie. Elle est plus difficile à guérir lorsqu'elle est survenue à la suite de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, ou après la disparition d'une dartre ; on ne peut espérer d'y parvenir qu'en rétablissant l'écoulement sanguin supprimé, ou en rappelant la phlegmasie cutanée à son ancien siége, et souvent elle ne disparaît pas encore quand ces résultats sont obtenus. Dans tous les cas où l'aphonie résiste aux premiers moyens, et surtout lorsqu'elle persiste après sa cause, il faut stimuler localement, en frictionnant la partie antérieure du cou avec des linimens irritans, et spécialement ceux qui contiennent de l'ammoniaque, en multipliant les vésicatoires ou les petits moxas sur la région du larynx et aux deux angles de la mâchoire inférieure, et même en plaçant un séton de chaque côté de l'organe de la voix. Est-il besoin de dire que l'aphonie, qui n'est que le symptôme de

l'une des affections que nous avons indiquées, ne réclame aucun traitement spécial, et cède avec la maladie principale?

De l'asthénie de l'œsophage.

On voit souvent à la fin de certaines inflammations graves, parvenues au plus haut degré d'intensité, et principalement dans les gastro-entérites compliquées d'arachnoïdite et de cérébrite, et dans ces deux dernières affections sans gastro-entérite; on voit souvent, disons-nous, se manifester, peu de temps avant la mort, un symptôme des plus graves, qui consiste dans la chute rapide au fond de l'estomac des liquides que l'on fait boire au malade. Ces liquides tombent dans cet organe par leur propre poids, et produisent même en y arrivant un bruit particulier, qui a fait dire qu'ils semblaient arriver dans un puits. Ce symptôme, du plus funeste présage, annonce que le pharynx et l'œsophage ont cessé de pouvoir réagir sur les liquides qui les traversent, et qu'ils sont paralysés. Il est possible que cette paralysie soit quelquefois idiopathique; quelques auteurs même l'affirment, et Van-Swiéten en rapporte un exemple : c'est le seul que nous connaissions. Si cette affection se présentait, il faudrait porter les alimens dans l'estomac du malade, à l'aide d'une sonde, et stimuler l'œsophage par des liquides irritans, ou des vapeurs de même nature dirigées sur le pharynx, et par des vésicatoires, des sinapismes, appliqués à la partie postérieure du cou; il serait facile aussi, et sans doute utile, de faire agir le fluide électrique sur cette partie.

De l'asthénie de l'estomac.

Après la guérison de plusieurs gastro-entérites aiguës, et surtout à la suite de celles qui se sont développées sous l'influence d'alimens de mauvaise qualité et de l'usage d'eaux bourbeuses, au milieu d'une atmosphère froide et humide, et

sur des hommes plongés dans la malpropreté; dans la convalescence de celles de ces phlegmasies qui ont été accompagnées d'une abondante sécrétion de mucosités; enfin, dans l'intervalle des accès de la plupart des gastro-entérites intermittentes, l'estomac est souvent le siége d'une asthénie plus ou moins profonde. Des symptômes assez tranchés annoncent cet état morbide; les voici, tels que nous les avons plus d'une fois observés. La chaleur de la peau est un peu abaissée au-dessous de l'état normal; cette membrane est pâle dans toute son étendue, le pouls est lent et dépressible, les chairs sont molles, les muscles se fatiguent par le moindre exercice, les lèvres et la langue sont pâles; il n'y a pas de soif, et cependant l'appétit ne se fait pas sentir, ou bien le malade désire des substances stimulantes, telles que le vin; les alimens pèsent long-temps sur l'estomac, sans y développer cependant aucune douleur; la digestion en est très-tardive, presque toujours incomplète, et souvent accompagnée d'un développement assez considérable de gaz; enfin les forces du malade ne se rétablissent pas. Dans l'apyrexie des gastro-entérites intermittentes, cette asthénie, lorsqu'elle existe, n'est en général pas assez grande pour s'opposer à la facile digestion des alimens; cela s'observe cependant quelquefois.

L'asthénie de l'estomac ne se présente pas seulement dans les circonstances que nous venons d'indiquer; elle est quelquefois idiopathique, et s'accompagne alors des symptômes précédemment énumérés. Mais on a long-temps considéré comme des exemples d'asthénie de l'estomac toutes les affections de cet organe que l'on a vu guérir par des stimulans. Nous ne nous arrêterons pas à démontrer le vice de cette manière de juger de la nature des maladies, qui ne permet de prononcer qu'après l'événement: nous dirons seulement que chaque fois qu'il y a douleur gastrique ou vomissement, l'estomac est irrité, et que si des stimulans ont quelquefois dissipé cet état morbide, c'est que souvent l'organe était atteint de névrose et

non d'inflammation ; et enfin que, dans quelques cas, les phlegmasies cèdent aux agens irritans appliqués immédiatement sur le tissu qu'elles occupent, ainsi que l'on en observe journellement des exemples à l'extérieur. C'est au praticien à savoir distinguer ces divers états morbides : nous venons de donner les signes de l'asthénie gastrique ; en traitant des irritations nerveuses, nous en avons assigné les caractères dans tous les tissus et dans l'estomac en particulier ; avec ces données, il nous paraît assez facile d'éviter de confondre l'asthénie de l'estomac avec sa névrose ou avec son inflammation chronique, sinon dans tous les cas, du moins dans la très-grande majorité.

Le traitement de l'asthénie de l'estomac, lorsqu'elle est bien constatée, est assez simple, et en général promptement suivi de succès. Il consiste dans l'usage des alimens tirés du règne animal, d'un bon vin, et, s'il est besoin, dans l'emploi du quinquina, des amers et des ferrugineux. Les viandes rôties, de bœuf, de mouton et de volaille, sont celles que l'on doit préférer ; le choix des vins ne saurait être non plus indifférent, et ceux qui contiennent proportionnellement moins d'alcool et plus de matière colorante, comme celui de Bordeaux, méritent aussi la préférence. Les repas doivent être peu copieux, répétés, et suivis d'un exercice à pied, à cheval ou en voiture. Un air sec, des frictions sur la peau, et des vêtemens de flanelle, si l'état morbide se prolonge, concourent efficacement à la guérison.

De l'asthénie des intestins.

C'est aussi dans la convalescence d'un grand nombre de gastro-entérites que l'on observe l'asthénie des intestins ; mais elle se montre aussi primitive, et c'est elle que l'on désigne chez les vieillards par la dénomination de *paresse du ventre*. La constipation, sans douleur ni chaleur abdominales, sans symptômes d'irritation gastrique, en est le symptôme ordinaire. Elle

se prolonge chez quelques malades pendant huit, quinze, vingt jours, et plus; mais, quand elle dure déjà depuis quelques jours, elle ne tarde pas ordinairement à faire naître quelques autres symptômes. Les principaux et les plus constans sont : le brisement de membres, et principalement des cuisses; la pesanteur et la douleur lombaire, portée quelquefois jusqu'au degré d'intensité de celle qui accompagne le lumbago; la diminution de l'appétit, et un sentiment de plénitude aussitôt après l'ingestion de quelques alimens; la saleté de la langue qui est recouverte d'un enduit grisâtre, limoneux ou jaunâtre, sans être rouge à sa pointe ni à ses bords; des rapports nidoreux et fétides, et quelquefois de la pesanteur de tête et des vertiges. Ce dernier symptôme n'est pas rare chez les vieillards dont le ventre est paresseux, et, sans chercher à expliquer comment l'asthénie intestinale et le séjour des matières fécales peuvent exciter le cerveau et y provoquer une hémorrhagie, nous croyons que l'apoplexie reconnaît souvent cette cause. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons plus d'une fois dissipé par un purgatif des symptômes d'apoplexie imminente, chez des vieillards depuis longtemps constipés, et qui rendaient dans les selles ainsi provoquées des matières extrêmement dures, et souvent suivies de débris de substances alimentaires dont on pouvait reconnaître la nature, et dont l'ingestion remontait à une époque assez éloignée, à un mois, par exemple.

La vieillesse nous paraît être une des causes prédisposantes de l'asthénie des intestins. Le défaut d'exercice, l'air humide et brumeux des grandes villes, l'usage d'alimens farineux, aqueux, privés de qualités stimulantes, de l'eau pure pour boisson habituelle, la présence d'une fissure ou de tumeurs hémorroïdales douloureuses à l'anus, et quelquefois la paresse ou l'impossibilité de satisfaire le besoin d'aller à la selle aux heures où il se fait sentir : telles sont les causes ordinaires de cette asthénie. Elle guérit parfois spontanément par une diarrhée subite et passagère, probablement déterminée par

l'irritation que les matières fécales font naître quelquefois dans la membrane muqueuse avec laquelle elles sont depuis longtemps en contact. L'irritation ainsi provoquée par le séjour des matières fécales peut-elle s'élever jusqu'au degré de la phlose? Quelques auteurs le pensent, mais les faits n'ont pas encore confirmé cette opinion.

Le traitement de cette asthénie est tout entier dans l'emploi des purgatifs : le changement de nourriture ainsi que le séjour à la campagne suffisent souvent pour la faire cesser. Lorsqu'elle dépend d'une fissure ou de tumeurs hémorrhoïdales à l'anus, on a recours encore aux purgatifs ; mais c'est surtout en guérissant ces affections qu'il faut chercher à la guérir elle-même. Les purgatifs peuvent être administrés par la voie de l'estomac ou en lavemens. Quand la constipation n'est pas très-opiniâtre, des lavemens émolliens ou huileux suffisent souvent pour y remédier. Nous l'avons vue résister à plusieurs purgatifs énergiques pris consécutivement.

De l'asthénie du rectum.

Dans la cérébrite, dans l'apoplexie, et en général dans toutes les inflammations graves auxquelles le cerveau participe idiopathiquement ou sympathiquement, la plupart des malades ne peuvent pas retenir leurs matières fécales, et elles s'échappent sous eux sans qu'ils s'en aperçoivent. C'est à l'asthénie symptomatique du rectum, et en particulier de son sphincter, qu'il faut évidemment rapporter ce symptôme. On voit aussi cette asthénie succéder à des diarrhées prolongées ; mais on l'observe surtout chez beaucoup de vieillards très-avancés en âge, et chez presque tous ceux qui sont dans la décrépitude ; enfin, quelques adultes, épuisés par des excès ou par de longues maladies, en offrent l'exemple. On remédie à cette dégoûtante affection, en dirigeant vers l'anus des vapeurs irritantes, astringentes, et surtout en y appliquant constamment des com-

presses trempées dans des liquides stimulans et toniques, tels que les décoctions de roses rouges, de quinquina, de tannin, d'écorce de grenades, du brou de noix; le vin miellé ou sucré, etc. Lorsque cette asthénie s'est manifestée dans la convalescence d'une longue maladie, elle se dissipe ordinairement à mesure que le malade reprend ses forces et de l'embonpoint; il en est de même de celle qu'on observe chez les individus épuisés par les excès de tout genre. L'air vif de la campagne concourt puissamment à la guérison. Quant à celle qui survient chez les viellards par les seuls progrès de l'âge, elle est incurable.

De l'asthénie de la vessie.

L'asthénie de la vessie n'est décrite dans les auteurs que sous le nom d'*incontinence d'urine*; l'écoulement involontaire de ce liquide en est en effet le principal et très-souvent l'unique symptôme. Cet écoulement est quelquefois l'effet passager d'une toux violente, des grands éclats de rire, de l'état de grossesse, de l'ivresse, de la syncope, des attaques d'épilepsie, et des convulsions; souvent aussi il est le symptôme de la cystite chronique, de la présence d'une pierre dans la vessie, d'une tumeur fongueuse développée au sein de cet organe, de sa hernie, de celle de l'utérus, de la présence d'un calcul dans la partie postérieure du canal de l'urètre, de la perforation de ce canal près du col, ou de celle de la vessie elle-même par un chancre vénérien ou par la gangrène : mais dans aucun de ces cas il ne constitue la maladie principale, et il n'est qu'un accident secondaire qui cesse avec sa cause. Mais lorsque l'incontinence d'urine dépend de l'asthénie de la vessie ou de son col, elle est beaucoup plus grave, ou plutôt la cause qui la produit est plus difficile à guérir. C'est cette asthénie que nous allons étudier.

Causes. Les causes de l'asthénie de la vessie ou de son col sont : les coups ou les chutes sur la région hypogastrique, sur

les lombes ou le sacrum; la contusion du col de la vessie par la tête de l'enfant pendant l'accouchement, l'opération de la taille, l'abus du coït, la masturbation, les boissons diurétiques prises en trop grande quantité, et, chez quelques vieillards, les seuls progrès de l'âge. Lorsque, pendant un sommeil profond, la vessie se trouve distendue par une trop grande quantité d'urine, il arrive fréquemment qu'elle se contracte, et que, son sphincter n'opposant aucune résistance, elle chasse au dehors tout le liquide qu'elle contient. La plupart des enfans sont sujets à cette incontinence d'urine pendant les deux ou trois premières années; il en est plusieurs chez lesquels elle se prolonge jusqu'à l'âge de six, huit, dix et douze ans; enfin, on voit quelques jeunes gens, et principalement des jeunes filles, conserver cette infirmité jusqu'à l'âge de puberté, et quelques-uns toute leur vie.

Symptômes, *marche* et *pronostic*. L'écoulement involontaire et non douloureux de l'urine est le symptôme non équivoque de l'asthénie de la vessie ou de son col. Cet écoulement a lieu, chez quelques malades, goutte à goutte, et d'une manière continue; chez d'autres, il s'accumule une certaine quantité d'urine dans la vessie, mais tout à coup ce liquide surmonte par sa pesanteur la résistance du col, et il est brusquement évacué, avant que le besoin s'en soit fait sentir; enfin, chez certains, une grande quantité d'urine s'amasse dans la vessie et la distend, et lorsque la distension est extrême, le liquide s'échappe goutte à goutte, par regorgement. Cette dernière forme de l'incontinence d'urine accompagne ordinairement la cérébrite, l'apoplexie, et la myélite.

L'incontinence d'urine des enfans se passe ordinairement d'elle-même; c'est ce qui arrive aussi pour celle qui succède à l'opération de la taille ou à un accouchement laborieux. Celle qui se prolonge au-delà de la puberté est souvent très-difficile à guérir; enfin, celle qui est l'effet des progrès de l'âge est incurable. Toutefois, cette affection n'est jamais dangereuse,

mais elle est d'une incommodité extrême. Malgré les soins de propreté les plus minutieux, les malades ne peuvent pas éviter que leurs vêtemens ne soient mouillés par l'urine, et ils exhalent autour d'eux une odeur insupportable; que s'ils négligent de se laver à chaque instant, et de changer fréquemment de linge, l'urine provoque par son contact un érysipèle pustuleux sur les parties génitales et la région supérieure et interne des cuisses, une douleur âcre et cuisante, des excoriations avec gerçures, l'épaississement et le racornissement du scrotum, sur lequel on remarque même quelquefois une couche concrète de substance saline.

Traitement. On remédie ordinairement à l'incontinence d'urine des enfans, en les réveillant plusieurs fois pendant la nuit pour les faire uriner, en ne leur donnant pas à boire au moment de les coucher, et leur faisant prendre quelques bains froids de temps à autre. Cependant ces moyens sont quelquefois insuffisans, et chez les sujets faibles, on est parfois obligé d'y joindre l'usage de quelques amers, de l'oxyde de fer, des bains aromatiques peu chauds et animés par un peu d'eau-de-vie, et du vin pur. Les privations, et les réprimandes devant des personnes étrangères concourent efficacement au même but; mais il faut s'abstenir de ces moyens propres à frapper l'imagination des enfans, tels que la frayeur, qui peuvent avoir de graves inconvéniens. Lorsque, malgré tout, l'incontinence d'urine se prolonge au-delà de la puberté, on peut avoir recours à l'emploi des cantharides en poudre, à la dose d'un quart de grain tous les soirs, ou à des frictions avec la teinture sur la région des reins ou sur l'hypogastre, ou à un vésicatoire appliqué sur ces mêmes parties. Les jeunes filles sont souvent guéries de cette incommodité par le mariage.

C'est par les toniques, les ferrugineux, les astringens, etc., que l'on combat l'incontinence d'urine des adultes et des vieillards. On emploie le quinquina, la teinture de cantharides, les bains froids, les lotions, les fomentations et les douches froides

sur le périnée et sur l'hypogastre ; et chez les femmes, les lotions et les injections froides, astringentes, spiritueuses, dans le vagin. Les eaux minérales de Baréges, de Bourbonne, de Spa, de Balaruc, font quelquefois la base de ces injections. On joint à ces moyens l'usage des lavemens de quinquina camphrés, ou rendus stimulans d'une manière quelconque. Lorsque tout cela est impuissant, on a recours à la compression de la verge, à l'aide du constricteur d'Heister, ou par le moyen d'un bandage analogue au brayer, dont la pelote appuie au-dessous du pubis ; et si les malades ne peuvent supporter l'une ou l'autre de ces compressions, il ne reste d'autre parti à prendre que de leur faire porter un urinal en métal, en cuir verni, ou en caoutchouc, suspendu à la verge à l'aide d'une ceinture, ou reçu dans un gousset cousu au caleçon. Les femmes supportent encore plus difficilement que les hommes les bandages compressifs, parce que l'action de ces instrumens porte sur la paroi antérieure du vagin, beaucoup plus irritable que la peau ; elles les remplacent le plus ordinairement par des éponges qu'elles changent souvent, ou bien elles font usage d'urinaux à diaphragme, en forme de nacelle étroite, et qui s'adaptent très-bien aux parties externes de la génération.

De l'inertie de l'utérus.

Pendant et immédiatement après l'accouchement, on voit souvent l'utérus manquer d'énergie, et ne pas se contracter avec assez de force, soit pour expulser le fœtus ou le placenta, soit pour revenir sur lui-même après s'être débarrassé de ces produits de la conception. Des accidens graves et souvent la mort de la mère ou de l'enfant accompagnent cette affection, à laquelle les accoucheurs ont donné le nom d'*inertie de l'utérus*.

Causes. Les causes de cet état morbide ne sont pas toujours les mêmes aux diverses époques du travail de l'enfantement et après qu'il est terminé. Quand l'inertie se manifeste dès le commencement du travail, elle dépend quelquefois de la faiblesse

de la femme, et se remarque principalement alors chez celles qui sont d'une constitution molle et lymphatique, ou qui viennent d'éprouver ou ressentent encore les atteintes d'une longue maladie; d'autres fois, elle est l'effet de certaines affections morales, telles que la crainte ou la pudeur exagérée que fait naître la présence de l'accoucheur, une impression désagréable et invincible déterminée par la présence d'une personne qui déplaît, un chagrin violent, etc.; enfin, et c'est le cas le plus ordinaire, elle est due à la trop grande distension de l'utérus, soit par la présence de plusieurs fœtus, soit par une quantité d'eau excessive, soit enfin par l'existence d'une tumeur volumineuse au milieu de l'organe. Lorsque l'inertie survient pendant le cours du travail, elle est presque toujours due à la fatigue de l'organe qui s'est vainement contracté pendant longtemps pour expulser le fœtus; souvent aussi elle est l'effet d'une hémorrhagie qui affaiblit l'utérus, et qui, lorsqu'elle est interne, augmente encore la distension de ses parois; quelquefois encore elle résulte d'une rupture prématurée des membranes, qui, permettant l'écoulement d'une petite quantité d'eau de l'amnios entre chaque douleur, tandis que l'autre portion est retenue par la tête du fœtus formant une sorte de tampon à l'orifice utérin, fait que la matrice n'éprouve qu'une faible résistance et se contracte par suite avec peu d'énergie. Enfin, quand l'inertie ne se manifeste qu'après la sortie de l'enfant, elle reconnaît toujours, soit l'une des causes que nous venons de signaler, soit la trop grande rapidité de l'accouchement.

Symptômes, etc. Lorsque la matrice est frappée d'inertie dès le commencement du travail de l'enfantement, les contractions sont lentes, faibles, éloignées, et la dilatation du col ne s'opère qu'avec une extrême lenteur. Cette dilatation fait des progrès à peine appréciables; plusieurs jours se passent souvent dans cet état de souffrances sans résultat, la femme tombe de sommeil et de fatigue, et ses forces s'épuisent. Les symptômes sont encore les mêmes quand l'inertie survient dans le

cours du travail ; mais ici ils succèdent à des contractions énergiques, à des douleurs vives, pendant lesquelles l'utérus a lutté contre l'obstacle qui s'oppose à la parturition. On voit alors les contractions et les douleurs diminuer d'intensité, devenir de plus en plus faibles, de plus en plus lentes, de plus en plus éloignées, cesser complètement, et tout travail se suspendre. Si l'on cherche alors à pénétrer dans l'utérus, on y parvient aisément ; ses parois n'offrent aucune résistance, et ne pressent le fœtus sur aucun point. L'enfant et la mère peuvent périr dans cette position si on n'y porte remède.

Quand c'est après l'accouchement que survient l'inertie de l'utérus, une hémorrhagie grave en est l'effet immédiat. Tantôt le sang s'écoule au dehors, et tantôt il s'accumule dans la matrice ; dans l'un et l'autre cas, le visage de la femme pâlit, son pouls s'affaiblit, ses yeux deviennent ternes, elle éprouve des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, des syncopes; en palpant l'abdomen, on sent que l'utérus ne forme pas ce globe dur que l'on observe lorsqu'il se contracte convenablement, il est au contraire mou et flasque au point quelquefois de ne pouvoir être distingué de la masse intestinale. Lorsque le sang s'accumule dans sa cavité, son volume s'accroît avec rapidité, il se distend, mais en conservant toujours la flaccidité dont nous venons de parler.

Une mort rapide et quelquefois foudroyante suit ces hémorrhagies lorsqu'elles sont très-abondantes. On trouve alors à l'ouverture des cadavres les parois de l'utérus minces, non contractées, affaissées sur elles-mêmes, et flasques.

Traitement. L'inertie de l'utérus qui se montre dans les premiers momens du travail se dissipe souvent d'elle-même, surtout si les douleurs permettent à la femme de prendre quelques heures de sommeil ; il est quelquefois nécessaire d'employer quelques légers stimulans, tels qu'un peu de bon vin ou un consommé ; mais il faut toujours se tenir loin de l'abus que les gens du peuple font de ces moyens, et ne pas permettre ces

bols de vin chaud sucré et aromatisé, ces liqueurs spiritueuses, dont on gorge souvent les femmes en travail. Avant d'avoir recours à ces toniques, il faut même s'être bien assuré si l'état d'inertie de l'utérus dépend réellement de la faiblesse de la femme, voir s'il ne dépendrait pas plutôt de quelqu'une des autres causes que nous avons indiquées, et les écarter. Nous renvoyons, pour plus de détails, aux traités d'accouchemens de MM. Capuron, Gardien, etc. Nous dirons seulement que, lorsque le travail languit ou se ralentit, et que les forces de la femme s'épuisent, on doit, par tous les moyens possibles, accélérer l'accouchement; ces moyens sont : l'administration du seigle ergoté, la version du fœtus, et l'application du forceps.

Le danger est bien plus pressant et la nécessité d'agir promptement est bien plus impérieuse dans le cas où une hémorrhagie grave est l'effet de l'inertie de la matrice. Si cette hémorrhagie a lieu avant l'expulsion du placenta, la première chose à faire est d'en hâter la sortie par des frictions sur le ventre, par des tractions ménagées exercées sur le cordon, par l'administration du seigle ergoté, et par l'introduction de la main pour l'extraire lorsque le temps presse ou que ces moyens sont sans effet. Lorsque l'hémorrhagie survient ou continue après l'expulsion du placenta, il faut en toute hâte appliquer des linges trempés dans un mélange d'eau et de vinaigre froids sur les cuisses et le ventre de la malade, introduire la main dans l'utérus pour en solliciter les contractions et le débarrasser des caillots qui le remplissent, y faire des injections d'eau vinaigrée, y porter un citron dépouillé de son écorce, etc. (Voyez les traités d'accouchemens.) De tous ces moyens le seigle ergoté paraît être le plus efficace; nous l'avons employé souvent avec le plus grand succès pour accélérer l'accouchement dans le cas d'inertie de la matrice, mais nous n'avons pas eu occasion d'y avoir recours dans le cas d'hémorrhagie; d'autres praticiens, et M. Goupil en particulier, l'ont administré avec un plein succès dans ce dernier cas.

De l'asthénie des organes génitaux.

L'asthénie des organes génitaux est cet état dans lequel l'érection du pénis est impossible ; elle s'oppose par conséquent à l'exercice du coït, et constitue l'une des nombreuses causes de l'impuissance. On ignore s'il existe un état asthénique analogue chez la femme, à moins que l'on ne regarde comme tel cette absence de toute sensation agréable ou pénible chez quelques femmes pendant l'acte vénérien.

Cette affection est quelquefois passagère, et d'autres fois plus ou moins prolongée et même permanente. Dans le premier cas, elle reconnaît ordinairement pour causes des affections morales, telles que la haine, la jalousie, le dégoût, la crainte, la frayeur ou la simple défiance de ses forces. Toute cause qui agit fortement sur l'imagination peut aussi la produire; c'est ainsi que, chez des hommes d'un esprit borné et superstitieux, il a suffi de la simple menace de leur *nouer l'aiguillette*, pour paralyser l'action des organes génitaux. Les fortes contentions d'esprit ont le même résultat; enfin, elle est souvent l'effet de la trop grande violence des désirs amoureux. Lorsqu'elle est prolongée ou permanente, elle résulte ordinairement de l'action de causes d'un tout autre ordre. La principale est la vieillesse ; on la voit souvent aussi être la suite des jouissances prématurées, des excès vénériens, de la masturbation, de la trop grande continence, de l'ivrognerie, et de l'abus du mercure. Une alimentation insuffisante peut également en être la cause; enfin elle est souvent le symptôme des maladies des organes importans de l'économie, spécialement de l'estomac et du cerveau.

Le traitement de cette asthénie doit varier avec les causes qui l'ont produite. Ainsi, lorsqu'elle est l'effet passager d'une affection morale de la nature de celles que nous avons indiquées, toute médication dirigée vers les organes de la génération serait

inutile : c'est évidemment l'affection morale qu'il faut détruire, si cela est possible ; lorsqu'elle cesse d'elle-même, on voit presque aussitôt reparaître la faculté d'exercer le coït. Le repos de l'esprit et le calme de l'imagination sont également les uniques remèdes de cette asthénie lorsqu'elle dépend des longs travaux intellectuels et des profondes méditations, ou de la trop grande intensité des désirs. Quand elle est le résultat de l'épuisement qui suit les jouissances prématurées, les excès vénériens, la masturbation, ou une alimentation insuffisante, c'est par le repos absolu des organes de la génération et l'usage d'alimens substantiels, nourrissans, des vins généreux et des amers, par les ferrugineux, le quinquina, et tous les toniques qu'on y rémédie, plutôt que par les aphrodisiaques. Mais si l'asthénie locale persiste après que l'état général de l'individu s'est amélioré, on peut alors employer les stimulans directs et indirects des organes génitaux, tels que les cantharides, le phosphore, les épices, les spiritueux à dose modérée, les demi-bains froids, les vapeurs aromatiques, les frictions avec des substances excitantes sur les parties génitales, l'immersion de ces parties dans une décoction de graine de moutarde, l'électricité, les linimens ammoniacaux, cantharides ou phosphorés, ainsi que les vésicatoires volans sur les lombes, l'hypogastre, les cuisses ou le périnée ; la flagellation, l'urtication ; et parmi les alimens, les truffes, les champignons, l'artichaud, le céleri, etc. M. Gall, fondé sur l'idée que l'asthénie des organes génitaux a toujours sa source dans un état analogue du cervelet, conseille d'appliquer à la nuque tous les moyens que nous venons d'indiquer ; les vésicatoires sur cette région paraissent surtout efficaces. On ne parvient que difficilement à guérir celle qui est la suite de l'abus des liqueurs spiritueuses, parce qu'elle est toujours liée à l'existence d'une gastro-duodénite chronique ordinairement grave. Celle qui succède à l'emploi trop prolongé du mercure guérit ordinairement par le seul bénéfice du temps et l'emploi de quelques sudorifiques. L'administration des préparations d'or ne serait-elle pas utile dans ces cas pour

neutraliser en quelque sorte le mercure dans toute l'économie? L'impuissance amenée par les progrès de l'âge est incurable. Enfin, quand elle dépend d'une irritation chronique de l'estomac ou du cerveau, il faut ramener à son état normal celui de ces organes qui est irrité, pour faire cesser l'asthénie symptomatique.

Asthénies de l'intelligence.

Du collapsus.

Nous désignons par le nom de collapsus un état d'asthénie du cerveau, dans lequel cet organe cesse momentanément de pouvoir exercer ses fonctions intellectuelles dans toute leur plénitude accoutumée. On le voit survenir à la suite des excès vénériens, de la masturbation, de la fatigue excessive, pendant les grandes chaleurs, dans les temps d'orage, et surtout après les méditations profondes sur des matières de nature à fatiguer fortement l'attention. Les individus qui l'éprouvent se plaignent de ne plus pouvoir assembler leurs idées, la mémoire les abandonne, tout travail intellectuel leur est impossible, souvent même ils ont de la peine à suivre une conversation; il leur est surtout impossible de soutenir la discussion sur les sciences même qui leur sont le plus familières. Cependant ils conservent l'intelligence des choses usuelles, et eux seuls s'aperçoivent ordinairement de l'affaiblissement qu'éprouvent leurs facultés intellectuelles. Le repos, le sommeil, le vin, toutes les liqueurs spiritueuses, le thé, et principalement le café, suffisent pour rendre au cerveau l'activité qu'il a momentanément perdue. Mais les hommes qui se livrent aux travaux du cabinet doivent éviter autant que possible de réveiller par des stimulans leur cerveau fatigué et tombé dans le collapsus, sinon, à part les inconvéniens qui peuvent en résulter pour l'estomac, ils finissent par ne pouvoir plus méditer ni composer sans avoir recours à ces excitans : peu à peu ils sont forcés d'en augmenter la dose et l'énergie, et tôt ou tard des

maux de tête, des vertiges, des étourdissemens, avant-coureurs d'une attaque d'apoplexie ou d'une désorganisation lente du cerveau, viennent les avertir du danger qu'entraîne l'abus des stimulans cérébraux. C'est au sommeil, c'est au repos de l'organe de la pensée qu'ils doivent avoir recours pour lui rendre son énergie.

De la démence.

On entend par démence, l'inactivité, l'affaiblissement ou l'abolition entière de l'intelligence, joints à une indifférence ou une nullité morale variable, et survenant accidentellement *chez un individu qui a joui de l'intelligence*. Cest ce dernier caractère qui établit la différence entre la démence et l'idiotisme. Nous avons déjà dit, en traitant de la folie, que la démence succédait ordinairement à la manie ou à la monomanie, et qu'elle était quelquefois l'effet des progrès de l'âge; et nous en avons en même temps fait connaître les symptômes, le pronostic et le traitement. Cest donc moins une maladie que le dernier terme d'autres affections. Cependant lorsqu'elle est primitive, qu'elle est l'effet des progrès de l'âge, elle constitue bien évidemment une maladie particulière dont nous devrions tracer ici l'histoire. Mais qu'aurions-nous à en dire, si ce n'est que ses symptômes ne diffèrent en rien de ceux de la démence consécutive aux autres genres de folie, et qu'elle est incurable.

De l'idiotie.

Avec MM. Esquirol et Georget, nous donnons le nom d'*idiotie* ou *idiotisme* à cet état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais développées.

Causes. Une disposition héréditaire est souvent la cause de l'idiotisme; on croit aussi que les affections morales, vives et pénibles, éprouvées par la mère pendant la grossesse, peuvent la produire Elle est quelquefois le résultat des violences exer-

cées sur la tête de l'enfant pendant l'accouchement, des coups ou des chutes sur cette partie, des vives frayeurs, des inflammations du cerveau, des violentes convulsions et de l'épilepsie. Mais on ignore souvent quelle en est la cause (1).

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons* et *pronostic*. L'intelligence n'est pas affaiblie au même degré chez tous les idiots. Quelques-uns ont encore quelques idées, un usage borné de la parole, un peu de mémoire, et font quelques actions raisonnables; ce sont les *imbéciles*. Chez les autres au contraire l'intelligence est nulle ou presque nulle; ce sont ceux-là que l'on désigne plus spécialement par la qualification d'*idiots*. Parmi les uns et les autres, il existe encore beaucoup de degrés qui pourraient donner lieu à un grand nombre de subdivisions, mais cela serait entièrement inutile. En général les imbéciles ne sont capables ni de calculs un tant soit peu compliqués, ni de raisonnemens; ils ne prévoient pas l'avenir, leur langage se compose d'un petit nombre de mots qu'ils prononcent souvent fort mal; ils ne font le calcul le plus simple qu'au moyen d'objets sensibles; on ne peut leur apprendre ni à lire ni à écrire; ils sont incapables de se livrer aux arts mécaniques, et tout ce qu'ils savent se réduit à connaître la valeur de l'argent et à en faire usage, à rechercher l'union des sexes, à se vêtir, et à pourvoir à leurs besoins. Plusieurs sont enclins au vol et très-rusés. (Georget.) Quant aux vrais idiots, ils ne possèdent pas même cette faible dose d'intelligence : quelques-uns paraissent étrangers à toute sensation; ils ne sentent ni le froid, ni la faim, ni la douleur; il faut leur mettre les alimens dans la bouche, et ils ne paraissent pas même savoir regarder. D'autres reconnaissent les alimens et s'en emparent; ils voient les objets et les évitent, ils se tournent du côté d'où vient le son; ils sentent la douleur, ils sont susceptibles de colère; mais il faut les vêtir; ils restent exposés au froid, et ne songent à manger que lorsqu'ils voient de

(1) Georget, *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes, article IDIOTISME.

la nourriture : quelques gestes et quelques cris forment tous leurs moyens d'expression. Certains, plus intelligens, paraissent regarder quelques objets avec un sentiment de plaisir mêlé de curiosité; ils se portent vers des alimens qu'ils aperçoivent et s'en emparent; ils reconnaissent les personnes qui les soignent; ils indiquent parfois, à l'aide des gestes ou des cris, les objets de leurs désirs; ils manifestent la joie et le chagrin; mais ils ne savent ni se vêtir, ni se coucher, ni satisfaire à leurs besoins, et peuvent à peine retenir un ou deux mots qu'on leur a souvent répétés. Enfin, il en est qui reconnaissent les personnes avec lesquelles ils vivent, leur témoignent de l'affection s'ils ont à s'en louer, aident à se vêtir, comprennent quelques questions, vont chercher leur nourriture, articulent mal plusieurs mots, mais sont incapables d'aucun travail et restent tout le jour assis ou couchés, ou à se promener. M. Georget, qui nous fournit ces détails, a vu des jeunes filles de cette classe avoir un vif penchant au plaisir de l'amour, très-bien distinguer les sexes, montrer beaucoup de joie en voyant des hommes, se parer, et affecter des airs de coquetterie (1).

Excepté celles du cerveau, toutes les fonctions s'exercent régulièrement chez les imbéciles et les idiots. Presque tous sont d'une malpropreté dégoûtante; ils se livrent souvent à la masturbation avec fureur; plusieurs sont sujets à des accès de colère et même de fureur dangereuse; la plupart sont de petite stature; quelques-uns sont hémiplégiques, paraplégiques, avec ou sans atrophie ou contracture des membres; leur tête est presque toujours mal conformée. Les vices de conformation qu'elle présente ordinairement sont la petitesse du crâne, l'étendue disproportionnée du diamètre fronto-occipital, l'aplatissement des pariétaux vers la suture temporale, celui de l'occipital ou du coronal, et enfin l'inégalité des deux portions droite et gauche du crâne. La physionomie des idiots et des imbéciles annonce leur manque d'intelligence.

(1) *Dictionnaire et article cités.*

L'idiotie et l'imbécillité sont incurables; seulement on peut par l'éducation perfectionner un peu l'intelligence des imbéciles. Quelques-uns, aprés être restés très-bornés jusqu'à dix ou douze ans, ont vu tout-à-coup leurs facultés intellectuelles se développer. La plupart des idiots meurent avant trente ans dans les hospices; les imbéciles vivent plus long-temps : cela tient sans doute à ce que les premiers sont bien plus fréquemment atteints de scrofules, d'épilepsie, de paralysie et de rachitisme, à ce qu'ils restent davantage exposés aux intempéries des saisons, enfin à ce que les phlegmasies des organes intérieurs font chez eux des ravages très-considérables sans développer pour ainsi dire de symptômes. (Georget.)

Caractères anatomiques. L'idiotie et l'imbécillité reconnaissent une foule de causes différentes, mais qui toutes en dernière analyse empêchent l'action du cerveau. Ainsi, outre les vices de conformation extérieure dont nous avons déjà parlé, on trouve quelquefois les os du crâne épaissis; d'autres fois l'encéphale petit et les circonvolutions cérébrales moins épaisses, moins profondes, et souvent moins nombreuses; tantôt la substance médullaire des hémisphères cérébraux endurcie sans changement de couleur; tantôt un hémisphère atrophié; chez quelques-uns, des traces d'arachnoïdite avec ou sans épanchement, ou des traces d'inflammation du cerveau lui-même; chez d'autres, un défaut de développement de certaines parties; enfin, suivant Malacarne, le cervelet présentant un moins grand nombre de lames que dans l'état normal. Ainsi l'idiotisme et l'imbécillité ne sont que des symptômes de maladies diverses, dont les unes appartiennent aux inflammations, d'autres aux vices de conformation, et plusieurs à des altérations dont la nature n'est pas bien connue. (Georget.)

Traitement. Nous avons dit que l'idiotisme et l'imbecillité étaient incurables. Que peut l'art en effet contre des désordres aussi graves que ceux que nous venons d'esquisser? Tout ce que l'on peut faire, c'est d'essayer de développer l'intelligence

de ceux de ces malheureux qui en sont succeptibles ; mais en n'exigeant pas d'eux plus que leur intelligence ne le comporte, car ce serait vouloir les rendre stupides. Cependant, lorsque la tête est bien conformée, on peut soupçonner qu'une phlegmasie encéphalique est la cause du manque de facultés intellectuelles, et agir en conséquence, par les ventouses scarifiées sur toute l'étendue de la tête, par quelques sangsues, des moxas, des cautères, des sétons, des vésicatoires à la nuque et le long du rachis, et par l'emploi des purgatifs continus destinés à établir une révulsion sur le tube intestinal. On doit surtout tenter ces moyens, et on peut même espérer de le faire avec succès, si l'intelligence a commencé à s'affaiblir après la naissance, s'il y a peu de temps encore d'écoulé, et enfin s'il n'existe pas de paralysie qui puisse faire craindre des désordres profonds dans l'encéphale.

Asthénies du sentiment, du mouvement et de l'intelligence.

De la congélation.

Le froid, lorsqu'il est intense, exerce, sur les parties soumises à son action, une influence stupéfiante, qui en affaiblit la sensibilité, en paralyse les mouvemens, y diminue la circulation et la chaleur, et, lorsqu'il se prolonge ou qu'il est trop violent, y éteint la vie sans retour. Quand son action est générale, sentiment, mouvement, intelligence, circulation et respiration, tout s'affaiblit dans l'individu ou cesse pour toujours. On désigne ces effets par le nom de *congélation.*

Causes. Les hommes doués d'une grande énergie morale et de beaucoup d'activité, ceux qui se trouvent dans un état d'exaltation cérébrale, comme les maniaques, ceux qui ont de vastes poumons, ceux dont les contractions du cœur sont fortes et rapides, et en général la plupart des hommes de petite sta-

ture, résistent beaucoup plus efficacement à l'influence délétère du froid, que les individus qui offrent des dispositions contraires. Ainsi cet agent sévit principalement sur les êtres apathiques, sur ceux qui se laissent abattre ou qui sont en proie à des passions tristes, sur ceux dont les mouvemens sont lents, sur les individus à poitrine étroite, à cœur peu énergique, et en général sur les hommes d'une taille élevée. Mais il faut aussi tenir compte de l'habitude, car un individu né sous l'équateur, quoique doué de l'organisation la plus vigoureuse, éprouvera de bien plus fâcheux effets du froid, qu'un Russe de la constitution la plus délicate. Enfin il est des circonstances qui favorisent l'action du froid, ce sont : les grandes fatigues, la privation d'alimens, l'ivresse, et le sommeil; on peut donc les regarder comme des causes prédisposantes de la congélation.

Symptômes, marche, etc. Les parties les plus éloignées du cœur, celles surtout dans lesquelles la circulation est la moins active, sont bien plus fréquemment atteintes de congélation que les autres : telles sont les pieds, les mains, les oreilles et le nez.

Suivant l'intensité du froid et la résistance que l'individu oppose à son action, la congélation est plus ou moins profonde et plus ou moins grave. Dans un premier degré, la peau est d'un rouge obscur; elle est le siége de douleurs cuisantes et d'un sentiment d'engourdissement; toute la partie est froide, et ses mouvemens sont difficiles. Si le froid a agi plus fortement, outre ces symptômes et une plus grande difficulté dans les mouvemens, il y a formation de phlyctènes à la surface de la peau. A un degré plus élevé de congélation, ces phlyctènes recouvrent des taches blanches, grisâtres ou livides, qui sont de véritables eschares, semblables à celles d'une brûlure au troisième degré. Quand la congélation est plus forte encore, la peau est terne, pâle, décolorée, froide, glacée; quelquefois elle offre une teinte grisâtre ou noirâtre; elle est entièrement in-

sensible et frappée de mort dans toute son épaisseur. Enfin, dans le plus haut degré de la congélation, ces symptômes existent encore, mais le membre est atteint dans toute son épaisseur, et entièrement privé de mouvement et de sentiment. Cependant il ne faut pas se hâter, sur ces seuls signes, de regarder le membre comme frappé de gangrène et perdu sans ressource ; souvent encore, dans cet état, il est susceptible d'être rendu à ses fonctions, et tant que la putréfaction ne s'en est pas emparée, on peut espérer encore de le rappeler à la vie, et l'on doit agir en conséquence.

Lorsque le froid exerce son action funeste sur tout l'individu, ses effets s'annoncent ordinairement par un frisson semblable à celui des irritations intermittentes, auquel succèdent bientôt des vertiges, un penchant insurmontable au sommeil, le ralentissement d'abord, et bientôt la suspension de la circulation et de la respiration, la raideur des membres et du tronc, et enfin la mort ou un état léthargique qui la simule parfaitement, et qui peut durer plusieurs jours.

Traitement. Ce n'est pas en exposant au feu les parties ou les individus congelés, que l'on parvient à les ranimer. Une telle pratique est au contraire suivie des plus graves accidens, et la gangrène en est presque toujours la suite. Il faut ne rendre la chaleur que par degrés insensibles, et, à cet effet, on commence par frictionner doucement le membre affecté avec de la neige ou de la glace pilée ; ensuite on fait des lotions avec de l'eau de Goulard, ou des eaux spiritueuses aromatiques, dont on augmente graduellement la température à mesure que l'on voit l'action organique se rétablir, et enfin on arrive aux liquides tièdes. Il est avantageux alors, si la congélation est bornée à un membre, de l'entourer d'un bandage roulé et médiocrement serré, dans le but de s'opposer à l'afflux et au gonflement qui suivent ordinairement la réaction. C'est alors aussi que l'on administre avec succès quelques boissons stimulantes, telles que le vin, et surtout les bouillons gras

et chauds. On se borne à ouvrir les phlyctènes sans enlever l'épiderme, on les couvre de cérat saturné et opiacé, et on enveloppe le membre de fomentations aromatiques. Mais si la partie est gangrénée, ces moyens ne suffisent plus; nous dirons, en traitant spécialement de la gangrène, ce qu'il faut faire alors.

Le traitement est encore à peu près le même lorsque l'individu est dans un état de mort apparente. On frictionne aussi tout le corps avec de la neige, puis avec de l'eau de Goulard, etc.; mais en même temps, on doit chercher à ranimer la respiration, la circulation, et l'action cérébrale, par des frictions sèches sur l'épigastre et la région du cœur, en insufflant de l'air chaud dans les poumons, en titillant la luette avec la barbe d'une plume, et en faisant couler quelques gouttes de liqueurs spiritueuses dans la bouche et l'estomac de l'individu. On a recours avec avantage à la saignée générale, lorsque le malade est sanguin et pléthorique, et qu'il paraît être dans un état apoplectique. Le malade doit toujours être placé dans un lieu dont la température ne s'élève pas à plus de deux ou trois degrés au-dessus de zéro.

De la syncope.

On donne le nom de syncope à la suspension subite des mouvemens du cœur, de la fonction respiratoire, du sentiment, des mouvemens volontaires, et des fonctions intellectuelles. C'est tantôt par le cœur et tantôt par le cerveau que cet état commence, tandis que dans l'asphyxie, que nous décrirons plus bas, le trouble commence toujours par les poumons, et dans l'apoplexie, toujours par le cerveau. La syncope est presque constamment un symptôme plutôt qu'un état morbide; elle accompagne la plupart des maladies du cœur et du péricarde, et toutes les maladies très-douloureuses; mais elle est plus fréquemment encore l'effet passager des pertes de sang, des vives

douleurs, des fortes impressions morales, et chez les personnes très-impressionnables, comme certaines femmes, de la vue d'objets dégoûtans, des odeurs pénétrantes ou douces et nauséeuses, de quelques sons, tels que ceux de l'harmonica, et même du toucher de certains corps. Elle est quelquefois subite comme la foudre; d'autres fois elle est précédée d'anxiété épigastrique et de nausées, mais elle est toujours prompte à se manifester. La première sensation a ordinairement lieu vers la région du cœur, et les malades l'expriment, en disant que *le cœur leur manque*; bientôt la vue s'obscurcit, les oreilles tintent, le visage pâlit, les extrémités se refroidissent, le sentiment s'évanouit, et le corps s'affaisse et tombe privé de sentiment et de mouvement. L'intelligence se conserve quelquefois, c'est-à-dire que le malade entend tout ce qui se dit et se fait autour de lui, mais il ne peut parler. Cet état se dissipe ordinairement de lui-même au bout de quelques minutes; on le voit cependant se prolonger parfois pendant plusieurs heures et même plusieurs jours; mais ces cas sont extrêmement rares. Le coucher horizontal, l'éther, l'eau de fleurs d'oranger, l'eau distillée de mélisse, et l'eau de Cologne, que l'on fait respirer, ou dont on fait avaler quelques gouttes aux malades, et le vinaigre que l'on emploie à frotter les lèvres, les narines et les tempes, tels sont les moyens simples auxquels on a généralement recours dans la syncope. Si elle se prolongeait d'une manière inquiétante, on pourrait chatouiller la luette avec la barbe d'une plume, introduire des poudres sternutatoires dans les fosses nasales, stimuler la peau à l'aide de sinapismes bien chauds, et même employer l'électricité; mais il est excessivement rare que l'on soit forcé de recourir à ces moyens.

De l'asphyxie.

On s'accorde généralement aujourd'hui à donner le nom d'asphyxie à toute suspension de la respiration, quelle qu'en soit la cause, assez persistante pour entraîner la suspension de

la circulation et celle de l'action cérébrale, et produire un état de mort apparente. Cette affection n'est pas toujours une asthénie, mais cet état morbide y prédomine assez constamment pour marquer ici sa place.

Causes. Les causes de l'asphyxie sont de plusieurs ordres. Tantôt elle est produite par le simple défaut d'air, soit qu'une cause mécanique ait empêché ce gaz de pénétrer dans l'arbre bronchique, soit que l'immersion du corps dans l'eau ait produit le même effet, soit enfin que l'individu ait respiré des gaz impropres à l'hématose, mais cependant inertes. Tantôt elle résulte de l'inspiration de gaz malfaisans, dont l'action ne se borne pas par conséquent à empêcher le contact vivifiant de l'air atmosphérique sur la membrane muqueuse des bronches, mais qui en même temps irritent violemment le poumon, ou bien exercent, sur cet organe et le sang qui le traverse, une action stupéfiante plus ou moins forte, et qui venant à être absorbés, vont en outre porter leur influence irritante ou délétère sur le cœur et le cerveau. Enfin, elle dépend quelquefois du défaut d'action des organes pulmonaires eux-mêmes.

Au premier ordre de causes se rapportent : 1° la suffocation produite par l'occlusion du nez et de la bouche, la strangulation avec la main ou à l'aide d'une corde, l'oblitération de la glotte par le gonflement de ses lèvres ou par une production morbide développée sur ses bords, la compression de la trachée par la tuméfaction énorme du corps thyroïde, ou par la présence d'un corps étranger dans l'œsophage, l'occlusion de ce conduit de l'air par l'introduction d'un corps étranger; 2° la submersion du corps dans l'eau; et 3° l'inspiration des gaz azote, hydrogène, et de l'air altéré soit par la combustion, soit par la respiration. On a distingué ces diverses asphyxies par les noms d'*asphyxies par suffocation*, *par strangulation*, *par compression*, *par submersion*, et *par gaz non respirables*.

Le second ordre de causes comprend tous les gaz délétères,

tels que : le protoxyde d'azote, l'hydrogène carboné, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, qui tiennent le milieu entre les précédens et ceux qui suivent, savoir : le chlore, l'oxyde de chlore, les acides chlorique et hydro-chlorique, le gaz acide sulfureux, le gaz nitreux, et l'ammoniaque, qui ne sont qu'irritans, et les gaz hydrogène phosphoré, sulfuré, potassié, telluré, arsénié, sélénié, l'azote carboné ou cyanogène, les acides fluo-borique, fluorique silicé, iodique, hydriodique, et l'hydrosulfate d'ammoniaque, qui exercent une action délétère plus ou moins profonde. L'asphyxie, produite par les premiers de ces gaz, a reçu le nom d'*asphyxie par gaz irritans*, et celle qui est l'effet des derniers est appelée *asphyxie par gaz délétères*, ou *empoisonnement par les gaz*.

Enfin, le troisième ordre de causes ne comprend que l'asthénie du poumon ou des muscles inspirateurs. Telle est l'*asphyxie des nouveau-nés*, et celle qui survient quelquefois dans les très-fortes attaques d'épilepsie et d'hystérie.

Devons-nous considérer toutes ces asphyxies comme autant d'espèces différentes, ou n'y voir que de simples variétés produites par la diversité des causes : c'est une opinion mixte que nous adopterons. En effet, si d'une part l'asphyxie consiste dans tous les cas dans la suspension de la respiration, produisant celle de la circulation et de l'action cérébrale par le défaut d'hétamose, si les symptômes restent fondamentalement les mêmes, si les moyens thérapeutiques qui conviennent à l'une sont en majeure partie applicables aux autres; d'un autre côté, on ne peut pas, rigoureusement parlant, considérer comme une asthénie l'asphyxie qui dépend d'un obstacle mécanique à l'introduction de l'air dans les voies de la respiration; on peut encore moins considérer comme telle, celle qui est produite par l'inspiration des gaz irritans, et le traitement réclame parfois quelques modifications suivant la nature des causes. Il y a donc autant de motifs pour ne pas séparer les diverses asphyxies, que pour ne pas les confondre. Au reste, ce n'est sou-

vent qu'un symptôme que les auteurs ont décrit sous ce nom, et peut-être aurions-nous dû nous affranchir de la routine, et renvoyer l'histoire de l'asphyxie en partie dans la classe des *obstructions des conduits naturels* (asphyxies par strangulation, par suffocation); en partie dans la classe des *altérations de tissus par la présence de corps étrangers* (asphyxies par les différens gaz); et ne parler ici que de l'asphyxie des nouveau-nés, des hystériques, et des épileptiques.

Symptômes, *marche*, etc. Lorsque l'asphyxie s'opère graduellement, voici quels symptômes se manifestent. Un sentiment d'angoisse, né du besoin de respirer, est d'abord éprouvé par l'individu; cette anxiété s'accroît, et l'asphyxié bâille, soupire, et cherche à humer l'air; bientôt il est pris de vertiges, de pesanteurs de tête; sa face, ses lèvres, toutes les origines des membranes muqueuses, et souvent toute la peau, deviennent bleues et violettes; les organes des sens ne tardent pas à être insensibles aux impressions; le cerveau cesse de percevoir les sensations et d'entretenir les contractions musculaires, et l'individu tombe dans un état de mort apparente. Cependant la circulation n'est pas encore abolie; mais elle s'arrête enfin, et la chaleur seule du corps se conserve encore long-temps. Quand l'asphyxie est prompte ou subite, la cessation de toutes les fonctions se fait probablement dans le même ordre, mais elle est instantanée, ce qui empêche d'en juger; la face, les lèvres, etc., sont moins violettes et moins livides qne dans le premier cas.

Outre ces phénomènes morbides, on en observe de *congestion* cérébrale dans les asphyxies produites par la strangulation et par la submersion; d'irritation cérébrale, dans celles qui sont l'effet des gaz protoxyde d'azote, hydrogène carboné, oxyde de carbone, acide carbonique; et d'irritation pulmonaire, dans celles que déterminent le chlore, l'oxyde de chlore, les acides chloreux, hydro-chlorique et hydriodique, l'hydrogène phosphoré, le deutoxyde d'azote ou gaz nitreux, les acides sulfu-

reux, fluo-borique, fluo-borique silicé, et le gaz ammoniac. Les symptômes de congestion cérébrale qui s'ajoutent à ceux de l'asphyxie ou les modifient, sont la rougeur de la face et des yeux, le gonflement des lèvres, et la tuméfaction de la face elle-même. Il y a de plus douleur de tête très-vive dans les asphyxies avec irritation cérébrale, ainsi que l'on peut s'en convaincre lorsque l'asphyxie n'est pas complète, ou lorsque les secours de l'art sont parvenus à la dissiper. Le mal de tête persiste alors après la cessation de l'asphyxie, et nous avons vu l'inflammation du cerveau succéder à l'asphyxie par le gaz acide carbonique. Lorsqu'il n'y a que simple congestion, comme dans les asphyxies par strangulation et par submersion, la tête n'est pas douloureuse pendant ni après l'asphyxie, elle est seulement pesante et étonnée. Quant aux symptômes d'irritation pulmonaire, qui accompagnent les asphyxies imcomplètes produites par les gaz précédemment indiqués, ils consistent dans une toux des plus vives, très-douloureuse, suivie de l'expectoration d'un liquide écumeux, souvent sanguinolent, et participant plus ou moins de l'odeur ou de la couleur du gaz respiré. Les asphyxies par les gaz hydrogène sulfuré, arsénié, telluré, potassié et sélénié, azote carboné ou cyanogène, et hydrosulfate d'ammoniaque ou *plomb*, ou gaz des fosses d'aisance, ne présentent de symptômes particuliers qu'une grande flaccidité de tout le système musculaire, et quelquefois l'odeur du gaz délétère. Enfin, l'asphyxie des nouveau-nés a pour symptômes particuliers la pâleur et la décoloration de toute la peau, et surtout de la face et des lèvres, et la flaccidité des membres jointe à l'absence de la respiration et de la circulation.

Il suit de ce qui précède, que la meilleure division des asphyxies, celle du moins qui serait la plus médicale, est celle qui les partagerait en cinq classes, savoir : asphyxies simples, asphyxies avec congestion cérébrale, asphyxies avec irritation cérébrale, asphyxies avec irritation pulmonaire, et enfin asphyxies avec empoisonnement par gaz.

L'asphyxie qui n'est pas produite par les gaz délétères peut durer près d'une heure sans donner la mort, tandis que celle-ci est très-promptement mortelle. Elle est par conséquent la plus grave de toutes; celles avec irritation pulmonaire et avec irritation cérébrale viennent ensuite et à peu près sur la même ligne. L'asphyxie par strangulation, moins grave que les précédentes, l'est plus que celle par submersion; et enfin, c'est celle des nouveaux-nés qui peut être dissipée après un plus long laps de temps. En établissant ces bases du pronostic, nous supposons l'asphyxie complète dans tous les cas; mais lorsqu'elle n'est pas complète, c'est peut-être celle qui est accompagnée d'irritation pulmonaire qui est la plus grave de toutes: cette irritation est ordinairement si vive, qu'elle entraîne presque toujours la mort.

Caractères anatomiques. A la suite de l'asphyxie qui a été pour ainsi dire instantanée, on ne trouve sur les cadavres que des lésions peu remarquables; elles consistent dans un léger engorgement du système vasculaire à sang noir. Lorsqu'elle a été lente, au contraire, on voit les tégumens presque entièrement livides, la face surtout est bleuâtre et gorgée de sang, les lèvres sont violettes et tuméfiées, et le sang engorge le foie, la rate, et surtout les poumons. Les cavités droites du cœur, l'artère pulmonaire et toutes les grosses veines sont également remplies par ce fluide, tandis que les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur, et le système artériel, en sont entièrement vides: ce sang est toujours liquide et noir. On conçoit que ces désordres doivent être d'autant plus marqués que l'asphyxie a été plus lente à s'opérer, et d'autant moins au contraire qu'elle a été plus rapidement mortelle.

A ces désordres cadavériques il faut joindre ceux de la congestion cérébrale, à la suite des asphyxies par strangulation et par submersion, lesquels consistent dans l'engorgement des sinus de la dure-mère et l'injection de toute la substance cérébrale. Après les asphyxies produites par les gaz protoxyde

d'azote, acide carbonique, etc., on trouve quelquefois la substance cérébrale enflammée. (Voyez *Cérébrite.*) On rencontre les traces de la pneumonite, telles que rougeur des bronches, mucus sanguinolent à leur surface, etc., lorsque l'asphyxie a été l'effet des gaz irritans; le sang est tout-à-fait privé de cohésion et très-noir après l'inspiration des gaz délétères; les muscles sont flasques et complètement insensibles à l'action de la pile, et le cadavre exhale l'odeur d'amandes amères, si l'empoisonnement a eu lieu par le gaz azote carboné ou cyanogène, et celle d'œufs pourris, lorsque c'est le gaz hydrogène sulfuré qui a donné la mort; il est probable que l'ammoniaque décèle aussi son odeur. Enfin, dans l'asphyxie des nouveau-nés, on trouve les poumons flétris, d'un rouge obscur, et d'un petit volume comparativement à la cavité qui les renferme; ils ne crépitent pas, et pressés sous l'eau, ils ne laissent pas dégager d'air.

Traitement. Le traitement de l'asphyxie en général consiste à neutraliser le gaz irritant ou délétère qui remplit les cellules bronchiques, à le remplacer par de l'air respirable, à réveiller la sensibilité par tous les excitans possibles, et à combattre la congestion ou l'irritation cérébrale, ou l'irritation pulmonaire coexistantes.

La première de ces indications ne peut être remplie que pour un petit nombre de gaz. Ainsi on a recommandé de chercher à neutraliser le chlore et les gaz qui en contiennent par l'ammoniaque, et celui-ci, ainsi que tous les gaz qui contiennent de l'hydrogène, par le chlore. A cet effet, on prescrit de passer à diverses reprises sous les narines des asphyxiés des flacons pleins de ces gaz, en dissolution dans l'eau ou à leur état de fluides élastiques, et on en répand dans l'air qui les entoure. Mais l'expérience a fait voir que l'inspiration du chlore à l'état de gaz avait souvent les plus grands inconvéniens. Presque chaque fois qu'on l'a fait inspirer aux asphyxiés par l'hydrogène sulfuré, ils ont été pris immédiatement de mouvemens convul-

sifs, et la mort en a peut-être été hâtée; son action irritante sur les poumons est d'ailleurs des plus vives. Il faut donc mieux dans ces cas employer la dissolution de chlorure d'oxide de sodium de M. Labarraque, ainsi que ce savant pharmacien l'a fait lui-même avec succès pour un individu asphyxié par le gaz des fosses d'aisance (1). On conserve de la sorte tous les avantages du chlore, et on en écarte les inconvéniens. Après cette première précaution, si elle reste insuffisante, on doit insuffler de l'air pur dans les voies pulmonaires, à l'aide d'un soufflet. Ce moyen est toujours utile, et dans plusieurs asphyxies, telles que celles des nouveau-nés, des hystériques, des épileptiques, des noyés, et dans toutes celles qui sont produites par la simple inspiration d'un gaz impropre à la respiration, il est indispensable d'y avoir recours; il suffit même ordinairement seul pour rappeler l'asphyxié à la vie : du moins, dans ces cas, tous les autres moyens sont secondaires, et leur influence ne peut être mise en parallèle avec l'insufflation pulmonaire. Chez les nouveau-nés, il est toujours plus facile d'insuffler de l'air avec sa bouche qu'avec un soufflet; on place seulement un linge fin sur la bouche de l'enfant pour éviter un contact répugnant. Ce mode d'insufflation serait peut-être aussi préférable dans tous les cas d'asphyxies par gaz non respirable, car nous ne pensons pas que la petite quantité d'acide carbonique contenu dans l'air expiré puisse être nuisible; mais il serait dangereux pour l'opérateur de l'employer contre les asphyxies produites par des gaz délétères.

On remplit la troisième indication, celle qui consiste à réveiller l'irritabilité par les excitans, en faisant arriver dans les fosses nasales des poudres sternutatoires, des vapeurs d'éther, de vinaigre, d'ammoniaque ou d'acide sulfureux; en chatouillant la luette avec les barbes d'une plume; en introduisant

(1) *Bulletins de la Société médicale d'émulation*, janvier et février 1825, et *Journal général de médecine française et étrangère*, mars 1823.

dans la bouche des substances fortement sapides, telles que du sel ; en ingérant de l'émétique dans l'estomac, lorsque le gaz n'est de nature à exercer aucune action irritante sur l'encéphale ou le poumon ; en administrant des lavemens purgatifs ; en frictionnant fortement la peau dans tous les points de son étendue, et principalement à la région précordiale, soit avec une brosse ou une flanelle sèche, soit avec un liquide irritant, comme l'eau-de-vie ou l'esprit de vin, le vinaigre, etc. ; en la rubéfiant par des cataplasmes de moutarde très-chauds, ou par de l'eau bouillante ; en la pinçant ou la tordant, en tiraillant les poils, et enfin par l'électricité.

Quant aux moyens de combattre la congestion ou l'irritation cérébrale, ou l'irritation pulmonaire coexistantes, ils ne diffèrent pas de ceux que l'on emploie ordinairement contre ces états morbides isolés. Ils consistent donc dans les saignées du bras, du pied, ou de la jugulaire, les saignées locales aux tempes ou derrière les oreilles, ou sous les clavicules, suivant les cas. Cependant il faut faire les saignées peu abondantes tant que la respiration ne s'est pas rétablie jusqu'à un certain point ; mais lorsqu'elle l'est, on doit traiter celui des états morbides qui persiste, avec toute l'énergie possible, par les moyens indiqués. On retire de grands avantages de l'inspiration continue de vapeurs abondantes d'eau simple ou d'eau chargée de principes émolliens, lorsque les poumons ont été violemment irrités par le gaz. Nous avons éprouvé d'excellens effets, dans l'asphyxie par le gaz acide carbonique, de l'application autour des malléoles de cataplasmes de moutarde très-chauds.

Quelques précautions particulières sont à prendre dans certaines asphyxies. Ainsi, il faut toujours commencer par débarrasser les noyés de leurs vêtemens humides, et se hâter de réchauffer, mais graduellement, toutes les parties du corps, par des serviettes chaudes, des sachets pleins de cendre chaude que l'on promène sur la peau, etc. L'individu doit être

placé dans une position presque horizontale, la tête seulement un peu plus élevée que le tronc. Enfin, on essaie de lui ingérer quelques cuillerées d'un liquide stimulant, lorsque la respiration commence à s'opérer de nouveau. Les corps des individus asphyxiés par le gaz acide carbonique et les gaz de nature analogue, et même par les gaz délétères, conservent très-long-temps leur chaleur; aussi ne doit-on pas craindre de les exposer à l'air frais. Il est même avantageux, dans beaucoup de cas, de faire des lotions et des aspersions d'eau vinaigrée. Enfin, après avoir neutralisé les gaz délétères, il est presque toujours préférable d'insuffler du gaz oxygène plutôt que de l'air. Ce gaz stimule, sans l'irriter trop fortement, la membrane muqueuse pulmonaire affaiblie par le gaz délétère, et rend au sang les qualités qu'il a perdues.

ORDRE TROISIÈME.

ASTHÉNIES NUTRITIVES OU ATROPHIES.

De l'atrophie en général.

L'atrophie n'est le plus souvent que le symptôme d'une autre affection, mais elle est quelquefois aussi primitive. On ignore si tous les tissus en sont susceptibles, et jusqu'ici on ne l'a observée que dans le système nerveux, et surtout dans le cerveau, dans le tissu cellulaire, l'œil, la glande parotide, les muscles, le cœur, le foie, les reins, les testicules, et les bulbes des cheveux. Nous ne décrirons pas séparément toutes ces asthénies nutritives; la plupart sont peu importantes à étudier, et leur histoire peut être faite en peu de mots. Ainsi, l'atrophie de l'un ou des deux hémisphères du cerveau est l'une des causes fréquentes de l'idiotie et de l'atrophie *congéniale* et si considérable des membres paralysés de plusieurs idiots; l'atrophie des membres est assez fréquemment aussi produite par l'atro-

phie du cordon rachidien ou des principaux troncs nerveux ; l'atrophie du tissu cellulaire diffère de l'amaigrissement, en ce qu'elle ne consiste pas seulement dans l'absorption de la graisse, mais encore dans le dessèchement des lames du tissu cellulaire, qui les rend friables et coriaces, état qui ne peut être reconnu que sur le cadavre ; l'atrophie de l'œil est presque toujours l'effet de l'évacuation de ses humeurs, soit spontanée, soit provoquée par l'art ; celle de la parotide n'a été observée que dans les cas de tumeurs volumineuses développées sur cette glande, et exerçant sur elle une compression prolongée ; enfin, l'atrophie du foie et des reins ne peut être reconnue qu'à l'inspection cadavérique, et résulte toujours de l'inflammation désorganisatrice de ces organes. Toutes ces asthénies sont symptomatiques ; et, à l'exception de celle de la parotide, toutes sont incurables. Il ne nous reste donc à étudier que l'atrophie des muscles, ou plutôt celle des membres, car le tissu cellulaire y participe toujours ; celle du cœur, celle des testicules, celle des bulbes des poils, plus généralement connue sous le nom d'*alopécie*.

De l'atrophie des membres.

L'atrophie des membres consiste dans la diminution de leur volume et l'affaiblissement de leur action musculaire. Elle est toujours symptomatique, mais elle persiste souvent après sa cause, et devient fréquemment alors l'objet d'indications spéciales ; c'est ce qui nous oblige à en traiter en particulier.

Causes. Nous avons déjà dit que l'atrophie des membres était souvent l'effet de l'atrophie du cerveau, du cordon rachidien, ou des principaux troncs nerveux. La compression prolongée de ces mêmes parties, produite, soit par des tumeurs développées dans leur voisinage, soit par l'inflammation, la carie et la déviation des pièces osseuses qui les entourent, les violentes commotions de la moelle épinière et toutes

ses lésions en général, la section ou la ligature des gros nerfs, et leur inflammation prolongée; toutes ces causes peuvent produire l'atrophie des membres. On la voit aussi déterminée par la compression qu'exerce une tumeur sur l'artère principale d'un membre non loin de son origine, et par les anévrysmes situés de la même manière. Dans les premiers cas, l'atrophie résulte du défaut d'influence nerveuse; et dans ceux-ci, elle dépend de ce que le membre ne reçoit plus une quantité suffisante de sang pour sa nutrition. Cette asthénie de la nutrition succède presque constamment aux luxations non réduites, aux ankyloses, aux fractures terminées par des articulations anormales, aux grandes dilacérations qui ont intéressé les muscles, les tendons et les ligamens, qui ont forcé les membres à un repos absolu et prolongé, qui ont entraîné une longue et abondante suppuration, et après la guérison desquelles le membre n'a pu recouvrer qu'une faible partie de la liberté de ses mouvemens. La plupart des fractures sont aussi suivies d'un commencement d'atrophie; enfin, l'arthrite chronique occupant une articulation considérable, et en déterminant la désorganisation, entraîne constamment l'atrophie du membre. Plusieurs causes contribuent sans doute, dans tous ces cas, à produire l'atrophie; l'immobilité forcée du membre, la compression exercée par le bandage, l'abondance de la suppuration, et peut-être la participation des artères et des nerfs de la partie à l'état morbide, sont probablement les principales.

Traitement. L'atrophie qui succède aux fractures guérit ordinairement d'elle-même; mais dans la plupart des autres circonstances elle est incurable. Lorsqu'elle dépend d'une lésion quelconque de l'un des points du système nerveux, ou d'un obstacle à la circulation dans une artère principale, il est évident que tous les moyens que l'on dirigerait contre elle seraient sans effet, et que c'est à sa cause qu'il faut remonter. Enlever les tumeurs qui exercent une compression funeste (voyez *Productions morbides*), combattre l'inflammation ou l'irritation

nutritive des vertèbres qui a déterminé leur déviation et la compression du prolongement rachidien (voyez *Ostéite des vertèbres*, *Rachitisme*, *Déviations*), faire cesser les phlegmasies des gros troncs nerveux (voyez *Névrilite*), etc., telles sont donc les indications à remplir pour guérir ces atrophies. Mais lorsque la maladie première semble disparue, lorsque l'on a quelques raisons de soupçonner que l'atrophie n'est plus qu'un état morbide local, on doit diriger contre elle ses moyens thérapeutiques. C'est alors que l'on a recours, et quelquefois avec succès, aux frictions avec une brosse, ou avec des flanelles sèches et chaudes, ou imprégnées de vapeurs aromatiques, ou avec des linimens ammoniacaux, ou avec des substances alcooliques seules ou tenant des substances balsamiques en dissolution; aux onctions avec certains corps gras, tels que la moelle de bœuf, les huiles, etc.; aux sinapismes, vésicatoires ou autres irritans cutanés, promenés sur toute l'étendue du membre atrophié, aux ventouses, aux douches d'eaux minérales ou sulfureuses, à l'emploi topique des boues au milieu desquelles sourdent quelquefois les dernières de ces eaux, aux bains locaux et prolongés dans les décoctions de gélatine, ou dans les décoctions émollientes et surtout mucilagineuses, à l'immersion du membre dans le sang de bœuf au moment même de sa sortie du corps de l'animal, aux bains de vapeurs aromatiques, et enfin, à un exercice modéré de la partie, lorsqu'il est encore possible. On peut seconder l'effet de ces moyens locaux par l'administration intérieure de quelques stimulans, et principalement de la strychnine, et par une alimentation nourrissante et l'usage d'un vin généreux. Malheureusement toute cette médication reste le plus communément impuissante, et un membre complètement atrophié l'est ordinairement pour la vie.

De l'atrophie du cœur.

L'atrophie du cœur a déjà été observée par plusieurs médecins, mais on ignore entièrement s'il existe des symptômes

qui correspondent à cet état morbide. M. Laennec a remarqué que les sujets qui succombent aux maladies qui produisent un amaigrissement considérable, ont en général le cœur petit, flétri, et comme atrophié. Ce médecin pense que le traitement énergique, connu sous le nom de méthode de Valsalva, peut non-seulement guérir l'hypertrophie du cœur, mais encore déterminer dans quelques cas l'atrophie de cet organe. Il rapporte un fait des plus intéressans, qui tend à confirmer pleinement cette manière de voir (1), que nous partageons. MM. Bertin et Bouillaud pensent que le cœur peut s'atrophier sous l'influence d'une compression exercée sur lui par la matière d'un épanchement phlegmasique dans la cavité du péricarde, de la même manière que le poumon est atrophié par un épanchement pleuritique, et ils en rapportent un exemple (2). Cette opinion nous paraît également fondée. Le cœur atrophié est moins gros que le poing du sujet, et, chez plusieurs adultes, il a été trouvé du volume de celui d'un enfant très-jeune. Ordinairement cet organe est en même temps flétri, flasque, ridé dans le sens de sa longueur, et, suivant la remarque de M. Laennec, comparable à une pomme ridée. Les stimulans alcooliques, le café, etc., employés toutefois dans une juste mesure, seraient probablement les meilleurs moyens à opposer à cette affection, si l'on parvenait un jour à la reconnaître sur le vivant, et qu'elle compromît la santé de l'individu. Mais il est évident que celle qui serait produite par la compression exercée par un épanchement dans la cavité du péricarde, ne réclamerait pas de traitement spécial; c'est en guérissant la péricardite que l'on pourrait espérer de la faire cesser.

(1) *De l'auscultation médiate*, tom. II, pag. 293.

(2) *Traité des maladies du cœur*, etc., pag. 247, 248 et suivantes

De l'atrophie des testicules.

L'atrophie des testicules consiste dans une diminution considérable du volume de ces organes, entraînant la perte absolue de leur fonction. Ses effets diffèrent suivant qu'elle porte sur un seul testicule ou sur tous les deux. Dans le premier cas, elle n'exerce aucune influence sur l'économie; elle ne diminue pas même la puissance génératrice de l'individu. Mais lorsque les deux testicules en sont atteints, des modifications organiques nombreuses en sont les suites. Si les testicules ont été atrophiés dès le bas âge, le scrotum se resserre, la verge cesse de se développer, et quelquefois même elle diminue; et lorsque vient l'âge de la puberté, le larynx ne se développe pas, la voix reste grêle comme dans l'enfance; il ne pousse pas de poils aux parties qui en sont ordinairement pourvues, telles que le menton, les parties génitales, etc.; le cervelet est arrêté dans son développement, l'individu conserve les caractères extérieurs de l'enfance, ou prend ceux de la femme; sa peau reste douce, blanche, ses chairs sont pâles, molles, flasques, ses formes sont arrondies, il acquiert beaucoup d'embonpoint. Quelquefois encore susceptible d'érection, il est pour toujours inhabile à la propagation de l'espèce. Lorsque l'atrophie des testicules ne survient qu'après la puberté, la verge reste susceptible d'érection, l'individu a des désirs vénériens et peut exercer le coït; mais, peu à peu, il s'opère en lui des changemens remarquables; sa barbe tombe, sa voix devient enfantine : il prend de l'embonpoint, ses formes s'arrondissent; en un mot, il perd tous les attributs de la virilité, pour revêtir les caractères féminins que nous avons indiqués.

La torsion, la contusion, la compression prolongée et la désorganisation des cordons spermatiques, la compression continue des testicules eux-mêmes, produite par des vêtemens trop serrés, leur froissement répété occasioné par une équitation

violente, l'application trop prolongée des astringens et des emplâtres dits fondans, sur ces organes, sont les causes ordinaires de leur atrophie. Cette affection est incurable. Pourrait-on essayer, dans les cas où il ne paraîtrait pas exister de lésion matérielle des testicules ni des cordons spermatiques, de tirer ces organes de leur torpeur et d'y ranimer la nutrition, par l'emploi bien dirigé des aphrodisiaques? c'est à l'expérience à prononcer.

De l'alopécie.

On désigne par le nom d'*alopécie*, la chute des cheveux. Ce symptôme n'est souvent que l'effet passager d'une phlegmasie aiguë; mais il dépend souvent aussi de l'atrophie des bulbes des cheveux, et c'est principalement de ce dernier état morbide que nous voulons parler.

Les causes de l'alopécie passagère sont les phlegmasies graves, les couches, plusieurs maladies chroniques prolongées, les affections morbides fixées sur le derme chevelu, les pertes trop abondantes de sperme, et la syphilis. L'alopécie prolongée ou permanente est plus communément l'effet des douleurs de tête habituelles, des chagrins vifs et prolongés, des travaux de cabinet, et de la vieillesse. Cette affection expose ceux qui en sont atteints à contracter des coryzas fréquens. Son traitement consiste dans un régime tonique, l'usage des onctions faites avec de l'huile chargée des principes aromatiques de la lavande, du laurier, du genièvre, etc.; les fomentations avec les décoctions de feuilles de noyer, d'aurone, de marrube, de petite centaurée, de farine de moutarde, lorsque le tissu de la peau est lâche et privé de ton. On a recours au contraire aux fomentations émollientes, aux onctions avec des huiles douces, lorsque le derme chevelu est sec, tendu et écailleux. On doit toujours raser la tête avant d'employer ces topiques, et la recouvrir ensuite avec une calotte de laine. Est-il besoin d'ajouter que l'alopécie qui est produite par des dartres,

la syphilis, des céphalalgies violentes, des excès vénériens, des chagrins cuisans, des méditations profondes, ne peut être guérie que par la destruction de ces causes? Celle qui succède aux maladies aiguës guérit souvent d'elle-même ou par la simple section des cheveux; elle réclame cependant quelquefois l'emploi de quelques-uns des moyens que nous avons précédemment indiqués. L'alopécie sénile est incurable.

ORDRE QUATRIÈME.

ASTHÉNIES SÉCRÉTOIRES.

De l'asthénie sécrétoire en général.

La fonction de tous les organes sécréteurs peut être suspendue et même complètement abolie, mais il est rare que ce soit par l'effet d'une asthénie idiopathique de l'organe lui-même, et presque toujours cela dépend ou de son inflammation propre, ou de l'inflammation d'une autre partie qui suspend sympathiquement son action. On ne connaît même pas d'exemples de diminution ou de suppression complète de l'écoulement des larmes, de la salive, de la bile, du fluide pancréatique, de l'urine, ni du mucus, que l'on puisse rapporter à un état d'asthénie de la glande lacrymale, des glandes salivaires, du foie, du pancréas, des reins, des glandes mucipares. Les seules asthénies sécrétoires sur lesquelles on possède quelques données, sont celles des mamelles et des testicules; elles sont connues sous les noms d'*agalaxie* et d'*aspermasie*.

De l'agalaxie.

L'agalaxie est cet état dans lequel la glande mammaire ne sécrète qu'une très-petite quantité de lait ou n'en sécrète pas un atome, quoiqu'elle soit bien conformée, et en apparence exempte de maladie. On a aussi donné ce nom à l'absence de la sécrétion du lait, chez les femmes dont les glandes mam-

maires n'ont jamais acquis le développement normal. Mais c'est à tort; et l'on ne peut pas regarder comme asthénique l'absence d'une fonction, quand l'organe lui-même qui doit l'exercer existe à peine.

Causes. Les causes de l'agalaxie sont assez nombreuses. Tout ce qui peut affaiblir la femme et la faire maigrir devient cause de cette affection. Ainsi, lorsque la grossesse a été très-pénible, lorsqu'elle a été traversée par des maladies graves, enfin, lorsqu'à l'époque de l'accouchement, la femme est faible, pâle, maigre, languissante, soit que cet état lui soit ordinaire, soit qu'il ait été produit par une maladie longue, il arrive quelquefois qu'il ne se manifeste pas de sécrétion laiteuse. Il en est encore de même si l'accouchée est atteinte d'une phlegmasie chronique; mais dans ces cas, l'agalaxie n'est qu'un symptôme qui ne peut cesser que par la guérison de la phlegmasie. L'agalaxie est quelquefois l'effet de l'âge trop avancé de la femme qui veut nourrir, et d'autres fois le résultat d'une atrophie de la glande produite par plusieurs allaitemens successifs. Un tempérament très-nerveux, le manque de nourriture, les hémorrhagies, les évacuations excessives, la leucorrhée abondante, l'abus des plaisirs vénériens, les passions tristes, et l'application des topiques astringens sur les mamelles, produisent aussi l'agalaxie. Enfin, dans quelques cas, la cause n'en est pas connue.

Symptômes. Le peu d'abondance ou l'absence complète de la sécrétion laiteuse sont les symptômes non équivoques de l'agalaxie; il faut y joindre le défaut de gonflement et de fermeté des mamelles dans le moment où l'enfant ne tète pas. Celui-ci est toujours affamé, même lorsqu'il vient de quitter le sein; il y retourne souvent, et le quitte bientôt avec impatience et souvent en criant; il urine peu, son sommeil est court, il maigrit et dépérit promptement (1). Ces signes sont importans à re-

(1) *Dictionnaire de Médecine*, tom. XII, article LACTATION, par M. Désormeaux.

cueillir, parce que fréquemment on est consulté pour savoir si une nourrice a assez de lait, et que celle-ci cherche souvent à tromper le médecin pour conserver son nourrisson.

Traitement. Il est toujours très-difficile de guérir l'agalaxie. Si l'état de faiblesse et de maigreur d'une femme enceinte fait craindre que la sécrétion laiteuse ne puisse pas s'établir chez elle, il faut de bonne heure entreprendre de lui redonner des forces et de l'embonpoint par un régime tonique et nourrissant. On doit aussi se hâter de remédier à tout état morbide dont elle puisse être atteinte, et écarter avec soin les causes que nous avons signalées, telles que les passions tristes, l'abus des plaisirs de l'amour, etc.; et si l'on ne parvient pas à remplir ces indications avant l'accouchement, il faut empêcher la femme de nourrir. La succion exercée par l'enfant a souvent suffi pour déterminer la sécrétion du lait; on est aussi parvenu quelquefois à la provoquer par des frictions avec une étoffe rude, ou avec des substances excitantes, aromatiques, sur les mamelles. Beaucoup de moyens, vantés naguère comme propres à atteindre ce but, sont aujourd'hui tombés dans un juste oubli. Cependant, M. le professeur Désormaux dit avoir vu chez quelques femmes, augmenter la quantité du lait par l'usage de l'anis, du fenouil, et des lentilles; mais il ajoute que chez la plupart, ces substances sont restées inefficaces (1). On obtient en général de meilleurs effets d'une nourriture saine et abondante.

Quelques femmes privées de lait persistent cependant quelquefois à vouloir nourrir leurs enfans; mais bientôt leur pouls s'accélère, leur peau se sèche et devient brûlante, une soif continuelle les tourmente, elles éprouvent un sentiment de chaleur et de sécheresse dans la poitrine, une petite toux sèche se manifeste, et elles tombent dans un dépérissement rapide. On doit faire cesser l'allaitement aussitôt que ces accidens surviennent; les suites en pouraient être funestes.

(1) *Dictionnaire et article cités.*

De l'aspermasie.

On donne généralement le nom de *dispermatisme* à cet état dans lequel le sperme, au lieu d'être éjaculé avec force pendant l'acte vénérien, ne sort que lentement, en bavant goutte à goutte, ou même n'est pas porté au dehors. Cet état morbide est toujours le symptôme d'une autre affection, telle que l'imperforation du gland, l'étroitesse du prépuce, le phymosis, l'hypospadias, l'épispadias, la trop grande briéveté du frein du gland, le retrécissement de l'urètre, son état d'inflammation vive, la compression exercée sur lui par des tumeurs développées dans le tissu cellulaire de la verge ou du périnée, ou dans les glandes du Cooper, ou dans la prostate, les cicatrices irrégulières après l'opération de la taille, lesquelles ont changé la direction des conduits éjaculateurs, un calcul dans l'urètre, l'érection trop forte, l'état d'ivresse, une impression morale, et la vieillesse. Le dyspermatisme n'est donc pas une maladie, mais un symptôme qui ne doit pas nous occuper. Mais il est un état morbide qui consiste dans la non-sécrétion du sperme quoique les testicules aient conservé leur volume ordinaire, c'est à cette affection que nous donnons le nom d'*aspermasie*. Un adulte nous en a fourni un exemple ; c'est à des excès vénériens qu'il devait cette maladie, qui s'est dissipée d'elle-même au bout de deux années. Cette affection paraît être extrêmement rare. Que faudrait-il faire si elle s'offrait dans la pratique ? Une nourriture analeptique et succulente, des vins généreux, et beaucoup d'exercice, seraient probablement les meilleurs moyens d'y remédier. Elle survient naturellement chez les vieillards par l'effet de l'âge ; l'art est alors impuissant contre elle.

TROISIÈME CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS, CONSISTANT DANS LEUR TRANSFORMATION EN D'AUTRES TISSUS NORMAUX, OU TRANSFORMATIONS MORBIDES.

De la transformation morbide en général.

Dans des circonstances qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier, mais quelquefois très-connues, on voit un tissu perdre peu à peu les caractères propres de son organisation pour revêtir ceux d'un autre tissu; ainsi une portion de peau ou de tissu cellulaire se convertit en membrane muqueuse; une membrane muqueuse prend les caractères de la peau; des tissus fibreux deviennent cartilagineux; des cartilages, des tuniques artérielles, etc., s'ossifient; des muscles se changent en tissu cellulaire, etc.; c'est à ces changemens d'organisation qu'avec MM. Cruveilhier (1) et Andral (2) nous donnons le nom de *transformations morbides*. Confondues avec les *productions morbides* par le premier de ces auteurs, elles en ont avec raison été séparées par le second; nous adoptons cette séparation.

L'irritation est une des causes des transformations morbides. Il suffit pour s'en convaincre de remarquer que la transformation muqueuse de la peau est produite par des frottemens répétés, que l'ossification du larynx est fréquemment l'effet de son ulcération, que celle des cartilages articulaires est souvent la suite des inflammations chroniques des articulations; etc.; mais elle n'en est jamais qu'une cause éloignée, ainsi que nous le verrons plus loin. Le plus grand nombre des transformations morbides s'opèrent sans le concours de la plus légère irritation; telles sont : la conversion des muscles en tissus graisseux dans les membres livrés depuis long-temps à l'inaction, ou en tissus

(1) *Essai sur l'anatomie pathologique*,

(2) *Dictionnaire de Médecine*, tom. XX, pag. 464.

fibreux autour des luxations non réduites, l'ossification des cartilages par les progrès de l'âge, etc. Quelle en est donc alors la cause dans ces derniers cas? Nous ne dirons pas avec M. Andral qu'elle consiste dans une *aberration de la nutrition ;* cette explication n'en est pas une, et nous nous étonnons qu'elle ait pu faire un seul instant illusion à un esprit aussi judicieux. Mais nous ferons remarquer que, dans la plupart des cas, et dans tous peut-être, les tissus qui subissent une transformation sont placés dans l'une des conditions suivantes : ou bien ils sont depuis quelque temps réduits à ne plus exercer leurs fonctions, ou bien ils sont forcés de remplir des fonctions auxquelles ils n'étaient pas destinés par leur organisation. Dans le premier cas, c'est toujours en tissu cellulaire qu'ils se convertissent, comme l'a fort bien fait remarquer M. Andral et comme l'avait avant lui fait remarquer Bichat; dans le second, ils prennent les caractères des tissus dont ils sont appelés à jouer le rôle. Or, nous ne voyons rien là qui s'écarte des lois ordinaires de l'organogénie. Si chez l'embryon tous les tissus ont commencé par être du tissu cellulaire, et s'ils n'ont revêtu plus tard des caractères particuliers qu'à la condition en quelque sorte de remplir chacun une fonction spéciale, ne devaient-ils pas nécessairement revenir à leur état primitif d'organisation quand ils n'ont plus de fonction à exercer. Si, d'un autre côté, c'est en vertu de son organisation qu'un tissu exerce une fonction et non pas une autre, cette organisation ne doit-elle pas nécessairement se modifier quand la fonction vient à changer. Il n'y a donc rien dans toutes ces transformations que de très-naturel, et, loin de regarder l'acte de nutrition qui les produit comme *aberré*, nous devons admirer la précision avec laquelle il se met en rapport de nature et d'intensité avec la nouvelle destination du tissu qui va se transformer. Et telle est la constante régularité de ce phénomène que, si vous parvenez à rendre à un muscle devenu graisseux la faculté de se raccourcir la nutrition va lui redonner immédiatement son organisation première, de même qu'elle

fera reprendre les caractères du tissu cellulaire à un canal muqueux qui servait de conduit excréteur nouveau, dès l'instant où vous aurez tari la source qui l'alimentait.

C'est donc en général parce que les tissus perdent toute fonction ou sont appelés à en remplir de nouvelles, qu'ils se transforment quelquefois en d'autres tissus. Dans les cas mêmes où l'irritation paraît jouer le principal rôle dans la production du phénomène, il est aisé de voir qu'elle n'est que secondaire. En effet, ce n'est pas parce qu'un liquide irritant se fraie une voie à travers le tissu cellulaire qu'il s'y forme un canal revêtu d'une membrane muqueuse, car le pus le plus doux produit ici le même effet que l'urine, mais c'est parce qu'une nouvelle fonction s'y établit, parce qu'il faut un conduit excréteur pour porter au-dehors le liquide de nouvelle formation ou qui s'échappe de ses réservoirs naturels, et qu'un conduit excréteur doit nécessairement être revêtu d'une membrane muqueuse. Si l'irritation était la cause de la transformation, le canal qui s'établit pourrait être indifféremment séreux, cartilagineux ou osseux, car le tissu cellulaire est susceptible de toutes ces transformations sous l'influence de la stimulation, mais il n'en est pas ainsi, donc c'est la nature de la fonction nouvelle à remplir qui détermine la nature de la transformation. Tout au contraire de ce qui se passe dans l'état normal, la fonction préexiste en quelque sorte à l'organe, ce qui ne veut pas dire qu'elle préexiste à toute organisation, car l'organe est là sous une autre forme. Accidentellement appelé à jouer un rôle, il n'est pas encore organisé pour le remplir qu'il l'exerce déjà, mal il est vrai, mais il le remplit, parce que la fonction nouvelle est la condition de son existence au lieu d'en être le résultat. Toutefois, à mesure que son organisation nouvelle se perfectionne, il exerce de mieux en mieux sa fonction, et sous ce rapport il rentre sous l'empire des lois auxquelles sont soumis les organes normaux.

Toutes les transformations morbides peuvent-elles être rapportées à ces deux causes, qui n'avaient pas échappé à la saga-

cité de M. Andral, mais auxquelles il n'a pas donné l'importance qu'elles nous semblent mériter : *cessation de fonction, fonction nouvelle*. Nous ne sommes pas éloignés de le croire. On nous objectera que les artères s'ossifient partiellement sans cesser leurs fonctions ou en remplir de nouvelles. Mais sont-ce bien des transformations que ces incrustations ossiformes? Ne sont-ce pas plutôt des concrétions, des dépôts de matière calcaire? Leur peu d'étendue dans un grand nombre de cas, l'état fréquent d'intégrité des tuniques artérielles autour d'elles, enfin leur composition chimique assez différente de celle du tissu osseux, tout cela n'autorise-t-il pas à les regarder comme des productions morbides plutôt que comme des transformations? Quand une artère s'ossifie réellement, elle s'oblitère et toute l'épaisseur de ses parois est ordinairement comprise dans l'ossification; les caractères chimiques du nouveau tissu sont exactement ceux de l'os normal. Quoi qu'il en soit, si les causes que nous venons d'assigner à la transformation ne sont pas les seules, elles sont du moins les principales et les plus puissantes; nous croyons l'avoir mis hors de doute.

Enfin, l'irritation est-elle donc entièrement étrangère à la formation de cet état pathologique? Non sans doute, pas dans tous les cas. Dans un assez grand nombre de circonstances, elle exerce une influence éloignée sur son développement; lorsque, par exemple, elle a rendu un tissu inapte à toute fonction, elle devient de la sorte la cause de sa transformation en tissu cellulaire; lorsqu'elle a détruit les rapports de certains tissus entr'eux, elle est encore la cause première qui force un ou plusieurs tissus à revêtir de nouveaux caractères d'organisation pour remplir les nouvelles fonctions auxquelles des rapports inaccoutumés les appellent; lorsqu'elle a détruit les parois d'un réservoir dans un point, ou bien lorsqu'elle a établi une sécrétion nouvelle dont le produit doit se faire jour au-dehors, elle est encore la cause éloignée de la transformation du tissu cellulaire en canal muqueux, etc., etc. Mais dans tous ces cas, la transfor-

mation elle-même n'a plus de rapports avec l'irritation; elle s'opère par les mêmes lois qui président à la formation des tissus normaux, par des lois constantes, régulières, normales, et non pas l'*aberration* de ces lois. Dans quelques cas cependant, il semble que ce soit à l'influence directe de l'irritation que la transformation est due. Mais qui nous dit qu'entre l'effet et la cause il n'y a pas un fait intermédiaire qui nous échappe? N'est-on pas en droit de le conclure par analogie, de l'observation des faits plus nombreux et plus évidens où l'existence de ce fait intermédiaire entre l'irritation et la transformation est incontestable? Toutefois il est des cas où l'influence directe de l'irritation sur la transformation ne peut pas être un sujet de doute; nous en avons déjà cité quelques-uns au commencement de cet article; nous en rapporterons d'autres plus tard.

Tous les tissus ne sont pas au même degré susceptibles de transformation. Le tissu cellulaire, gangue, canevas, et état primitif de tous les autres chez l'embryon, peut subir tous les modes de transformations connues. Mais les autres tissus ne sont susceptibles que d'un, deux ou trois modes de ce changement d'organisation. Il est quelques tissus en lesquels on n'en voit jamais d'autres se transformer; on n'en voit aucun par exemple se changer en tissu nerveux, séreux, musculaire, glandulaire ou lymphatique. Enfin quelques transformations sont beaucoup plus fréquentes que les autres, telles les transformations graisseuses, muqueuses et osseuses. M. Andral a essayé d'exprimer en formules générales les conditions principales de de la transformation, et il a établi les lois suivantes qui nous paraissent exactes : 1° les tissus, autres que le cellulaire, susceptibles de se transformer, sont seulement ceux qui, dans le cours de la vie embryonaire ou dans la série animale, présentent également des transformations constantes; 2° les transformations accidentelles que ces tissus peuvent subir sont de la même nature que les transformations normales qu'ils éprouvent, soit chez l'embryon humain, soit chez d'autres animaux adul-

tes; 3° les tissus qui, chez l'embryon ou dans la série animale, ne subissent pas de transformation connue, n'en présentent pas non plus dans les cas morbides; 4° tout tissu qui s'atrophie tend à subir la transformation cellulaire. Ces lois sont en harmonie parfaite avec ce que nous avons dit des causes prochaines des transformations; elles prouvent en même temps que ces changemens d'organisation s'opèrent sans désordre, sans *aberration*, puisqu'ils obéissent dans leur production aux mêmes lois qui président à la transformation normale.

Il est impossible de présenter la moindre considération générale sur les symptômes des transformations; à peine s'il en est quelques-uns que l'on puisse reconnaître pendant la vie. Un grand nombre d'ailleurs ne constituent pas des maladies. Aussi n'aurons-nous que de courtes remarques à présenter sur quelques-unes, et ces remarques porteront plutôt sur leur description anatomique que sur leur histoire pathologique.

Nous partagerons les transformations en six ordres, savoir : les transformations graisseuse, cutanée, muqueuse, fibreuse, cartilagineuse et osseuse.

ORDRE PREMIER.

TRANSFORMATIONS GRAISSEUSES.

De la transformation graisseuse en général.

La transformation graisseuse ne se montre ordinairement, comme nous l'avons déjà dit, que dans les tissus qui cessent de remplir leurs fonctions. Ainsi, les muscles qui s'atrophient autour des articulations affectés de luxations non réduites; dans les membres soumis à une longue inaction, soit par un ulcère, soit par un état semi-paralytique, soit par tout autre cause; aux lombes et aux mollets des vieillards; passent assez souvent à l'état graisseux (1). Dans plusieurs cas, cependant, cette transfor-

(1) Béclard n'admettait pas cette transformation graisseuse des muscles; il pensait qu'il y avait simple décoloration de la fibre.

mation s'opère sans qu'on puisse l'attribuer à cette cause; elle paraît dépendre d'un état d'obésité générale de l'individu. C'est ainsi qu'on a trouvé le cœur en grande partie transformé en tissu graisseux, et les mamelles ayant subi complètement cette transformation chez des individus d'un embonpoint très-considérable. Quelquefois, enfin, cet état pathologique paraît être l'effet d'une irritation prolongée, telle est la transformation graisseuse du foie; nous reviendrons sur l'étiologie de cette dernière transformation.

La transformation graisseuse a toujours pour effet de rendre de moins en moins facile, et d'abolir enfin l'exercice de la fonction de l'organe qui en est affecté, quand elle n'est pas elle-même le résultat de la cessation de la fonction. Mais tant de causes peuvent produire les mêmes effets qu'il n'est jamais possible de diagnostiquer une de ces transformations, et que par conséquent on ignore complètement quel traitement il faudrait leur opposer.

On a observé la transformation graisseuse dans le cœur, les muscles, le foie, le pancréas, les reins et les mamelles; nous ne parlerons que de celles du cœur et du foie.

De la transformation graisseuse du cœur.

Kerkring, Bonet, Morgagni, Senac, et M. Cruveilhier, rapportent des exemples de transformation graisseuse du cœur; tous les individus qui l'ont offerte étaient d'un embonpoint extraordinaire. On pourrait contester que ce soient là de véritables transformations, et n'y voir qu'une accumulation de graisse autour du cœur; il en doit être ainsi dans la plupart des cas. Mais dans l'exemple rapporté par M. Cruveilhier (1), la graisse formait la presque totalité de l'épaisseur de cet organe, les couches musculaires les plus intérieures et les colonnes

(1) *Essai sur l'anatomie pathologique*, tom. I, pag. 184.

charnues avaient seules conservé les caractères de la fibre musculaire ; c'était donc bien un cas de véritable transformation. Toutefois, Laennec paraît ne pas croire qu'il y ait dégénérescence graisseuse dans ces cas ; selon lui, il y a simple accumulation, et ce qui le prouve, c'est qu'on peut toujours séparer la graisse du tissu propre du cœur (1). Il a cependant, ajoute-t-il, rencontré quelquefois la dégénération graisseuse de cet organe, mais il l'a toujours vue circonscrite et occupant sa pointe ; MM. Bertin et Bouillaud l'ont aussi observée sous cette forme (2).

La transformation graisseuse du cœur peut-elle être reconnue pendant la vie ? Tous les auteurs s'accordent à répondre par la négative. Mais tandis que les uns, Sénac et M. Cruveilhier, pensent que la difficulté du diagnostic n'est due qu'à la ressemblance des symptômes produits par cette affection avec ceux de toutes les affections du cœur ; les autres, Corvisart, Bertin et M. Bouillaud, pensent que ce désordre anatomique n'est pas capable de déranger la fonction de l'organe au point de constituer un état morbide. Cependant, chez la malade observée par M. Cruveilhier, il y eut des symptômes de maladie du cœur, et cet organe ne présentait d'autre lésion que la transformation graisseuse que nous avons indiquée. Cette dégénérescence est donc susceptible de produire des désordres fonctionnels. En est-il qui lui soient propres ? C'est ce que l'observation apprendra peut-être par la suite.

De la transformation graisseuse du foie.

La transformation graisseuse du foie n'est pas très-rare ; plusieurs auteurs en ont rapporté des exemples, et il est peu de médecins livrés aux recherches d'anatomie pathologique qui n'aient eu occasion de l'observer. Dans cette transformation,

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, tom. II, pag. 563.
(2) *Traité des maladies du cœur*, pag. 430.

le foie est ordinairement d'une couleur fauve; cette couleur varie cependant depuis le rouge-jaunâtre jusqu'au jaune-blanchâtre; cet organe est plus léger que dans l'état sain; il conserve l'impression du doigt; il se laisse déchirer avec la plus grande facilité; il graisse l'instrument qui le coupe; appliqué sur du papier, il le graisse comme le ferait de l'huile; enfin on en retire par l'ébullition une huile concrescible, qui possède tous les caractères de la graisse.

Si l'on considère que l'on peut produire à volonté la transformation graisseuse du foie chez certains animaux (l'oie, le canard), en les gorgeant sans cesse d'alimens, en même temps qu'on les tient plongés dans une obscurité complète, et qu'on les prive de mouvement, on est tenté d'en conclure par analogie que la transformation graisseuse du foie est l'effet d'une irritation gastrique prolongée. Mais quand on sait que cette dégénérescence s'observe journellement sur les cadavres d'individus qui n'ont offert aucun symptôme d'irritation, soit gastrique, soit hépatique, que le plus ordinairement même il en est ainsi, on commence à concevoir quelques doutes sur cette étiologie, admise par quelques auteurs; l'accroissement du volume de l'organe ne détruit pas ces doutes. Où faut-il donc en chercher la cause?

En examinant avec plus d'attention les faits de transformation graisseuse du foie chez les animaux, on ne tarde pas à s'apercevoir que pour la produire il faut faire intervenir deux influences non moins puissantes que celle de l'alimentation forcée, savoir : l'absence totale de la lumière, car non-seulement on crève les yeux des animaux soumis à cette torture, mais encore on les place dans un lieu complètement obscur; et l'immobilité absolue, car on les tient étroitement enfermés dans un vase qui les contient à peine. Or, on sait que la soustraction de la lumière exerce une action puissante sur l'hématose, elle étiole les animaux et les plantes, elle paraît être la cause principale de l'anémie, etc. D'un autre côté, la gloutonnerie est la

cause la plus puissante de l'obésité. Voilà donc un animal soumis à l'action d'une cause énergique d'obésité, une alimentation excessive; il devrait engraisser; mais, placé dans une inaction absolue, les matériaux nutritifs qu'il sépare des alimens ne peuvent se répartir uniformément dans tous les tissus, ils tournent au profit d'un seul, et cet organe unique, quel doit-il être, si ce n'est le foie lui-même, réduit à une inaction presque complète comme organe d'hématose, puisque par l'effet de l'absence de la lumière, cette fonction va chaque jour en s'anéantissant. S'il en était ainsi, et que les choses se passassent à peu près de même chez l'homme, la transformation graisseuse du foie serait donc l'effet de la perte d'une des fonctions de cet organe, et se rattacherait par conséquent très-bien à la théorie que nous avons donnée des transformations en général. Peut-être trouverait-on une sorte de confirmation de cette vue étiologique dans cette remarque faite par plusieurs auteurs, que la transformation graisseuse du foie se montre assez fréquemment dans la phthisie pulmonaire. L'atteinte profonde que cette maladie porte à l'hématose ne peut-elle pas expliquer jusqu'à un certain point la dégénérescence du foie. Nous donnons, au reste, ces explications pour ce qu'elles valent, et sans y attacher d'importance.

On ne connaît aucun symptôme qui se rattache à la transformation graisseuse du foie, et l'on ignore aussi complètement les moyens thérapeutiques qu'il conviendrait d'opposer à cette maladie, si le diagnostic en était possible.

ORDRE SECOND.

TRANSFORMATIONS CUTANÉES.

De la transformation cutanée en général.

Plusieurs auteurs, M. Cruveilhier en particulier, regardent les cicatrices comme de véritables transformations cutanées, et

comme tous les tissus peuvent concourir à la formation des cicatrices, ils en ont conclu que tous étaient susceptibles de cette transformation. Mais il y a une trop grande différence entre l'organisation des cicatrices et celle de la peau, pour que nous puissions voir dans les premières une transformation des tissus en derme, ni par conséquent admettre que toutes nos parties soient susceptibles de cette transformation. Les membranes muqueuses nous en paraissent seules susceptibles. Elles la subissent lorsqu'elles restent long-temps exposées au contact de l'air et soumises à des frottemens répétés. C'est ce qui arrive à la membrane muqueuse du gland quand le prépuce cesse de la recouvrir, à celle du vagin et du rectum, lorsqu'ils sont depuis long-temps renversés et exposés par conséquent aux frottement continuel des cuisses et des vêtemens. On voit dans ces trois cas, la membrane muqueuse perdre peu à peu sa couleur rouge et prendre la teinte de la peau, cesser de sécréter des mucosités, se recouvrir d'une couche épidermique, devenir moins impressionnable au contact des corps étrangers, et augmenter d'épaisseur et de densité. Il en résulte, pour le gland, une moindre aptitude à absorber le virus vénérien ; et pour le vagin et le rectum, la nécessité d'avoir recours à des astringens plus énergiques que ceux que l'on applique ordinairement aux surfaces muqueuses, si l'on veut tenter la réduction de ces renversemens par cette médication.

ORDRE TROISIÈME.

TRANSFORMATIONS MUQUEUSES.

De la transformation muqueuse en général.

La transformation de la peau en surface muqueuse est bien plus fréquente que la transformation des membranes muqueuses en peau. Il suffit, en effet, de dépouiller celle-ci de

son épiderme et de l'exciter, pour la voir devenir plus sensible, plus rouge, et sécréter de l'albumine, en un mot, pour la voir revêtir les caractères des membranes muqueuses. On sait d'ailleurs que la plus grande analogie de structure existe entre ces tissus, et l'on ne doit pas s'étonner de la grande facilité avec laquelle ils se convertissent l'un dans l'autre. On peut donc dire, et ici l'analogie n'est pas forcée, que dans toutes les plaies superficielles, il y a transformation de la peau en membrane muqueuse. On peut le dire aussi de tous les tissus qui suppurent, car rien ne ressemble plus à une membrane muqueuse que la surface d'une plaie.

Mais ce n'est pas dans cette seule circonstance que la peau se convertit en membrane muqueuse. On observe encore cette transformation chaque fois que deux points de la surface cutanée sont en contact immédiat, et éprouvent des frottemens l'un contre l'autre. C'est ce qui arrive chez les femmes extraordinairement grasses, et dont les mamelles sont très-volumineuses; on remarque qu'au-dessous de chaque sein, la peau est d'un rose vif, elle est plus sensible et s'irrite par le seul contact de la sueur, ce qui prouve que l'épiderme y est détruit ou à peu près, enfin elle sécrète continuellement un mucus blanc et concrescible qu'il ne faut pas prendre pour de la sueur. On observe la même chose encore chez les individus des deux sexes très-replets, entre les fesses. Cette surface est même chez quelques-uns de ces individus le siége d'une sécrétion blanchâtre fort incommode par l'humidité continuelle qu'elle entretient sur le linge et par l'odeur désagréable qu'elle exhale. Enfin, c'est encore la même transformation qui s'opère accidentellement et passagèrement dans les mêmes parties chez beaucoup d'hommes, après une longue marche pendant de grandes chaleurs. En examinant, dans ces circonstances, la peau de cette région, on y observe et la rougeur, et la sensibilité, et la sécrétion de mucus que nous avons déjà signalées, et qui établissent sa ressemblance parfaite avec

une membrane muqueuse. Des soins de propreté, l'interposition d'une toile fine entre les deux surfaces, quelques onctions avec un corps gras quelconque, le suif par exemple, tels sont les moyens faciles de remédier à cette incommodité.

Le tissu cellulaire, avons-nous déjà dit, est de tous celui qui se transforme le plus fréquemment en membrane muqueuse. Tous les trajets fistuleux qui s'organisent à ses dépens finissent par se tapisser d'une véritable membrane muqueuse. Non-seulement les caractères anatomiques démontrent cette analogie, car l'absence des follicules ne la détruit pas puisqu'on ne les rencontre pas dans toutes les portions du système muqueux lui-même, mais encore elle est rendue plus frappante par un caractère physiologique remarquable. On sait qu'il est très-difficile en général, et souvent même impossible, de déterminer l'adhésion de deux surfaces muqueuses entre elles, or les trajets fistuleux présentent le même phénomène. Envain la source du liquide qui les parcourait est tarie; on ne parvient souvent à en provoquer l'oblitération qu'en enflammant leurs parois, et souvent même il faut, pour obtenir ce résultat, les fendre avec le bistouri dans toute leur longueur. Mais ce n'est pas ici le lieu de tracer l'histoire pathologique de ces conduits anormaux, la circonstance de leur texture n'étant que d'une importance secondaire : nous renvoyons pour plus de détails aux *fistules*.

ORDRE QUATRIÈME.

TRANSFORMATIONS FIBREUSES.

De la transformation fibreuse en général.

La transformation fibreuse ne s'observe que dans un petit nombre de tissus et dans un petit nombre de circonstances. Le tissu cellulaire, les cartilages, les membranes synoviales, et les muscles, sont seuls susceptibles de se convertir en tissu fibreux

Ce n'est guère que dans les fausses ankyloses, dans les luxations non réduites, et dans les fausses articulations, que cette transformation se rencontre. Cependant on a vu les muscles psoas convertis en deux canaux fibreux tapissés par une membrane muqueuse, et transportant jusqu'à l'aine le pus provenant d'une carie vertébrale (Cruveilhier). On sait en outre que les colonnes charnues du cœur se transforment quelquefois en cordes tendineuses. Les extrémités des muscles, dans les amputations, se changent aussi en un tissu fibreux.

On voit par le peu de mots qui précèdent, que la transformation fibreuse n'est jamais par elle-même un état morbide ; elle est souvent au contraire un moyen de guérison dans quelques maladies; on n'est donc jamais appelé à diriger contre elle des moyens thérapeutiques.

ORDRE CINQUIÈME.

TRANSFORMATIONS CARTILAGINEUSES.

De la transformation cartilagineuse en général.

On voit quelquefois des plaques cartilagineuses développées dans les parois d'une artère; les orifices oriculo-ventriculaires deviennent assez souvent cartilagineux ; on a observé la cartilagination de la plèvre ; l'intérieur des excavations tuberculeuses se tapisse quelquefois d'une sorte de membrane cartilagineuse ; les parois de certains kystes acquièrent quelquefois la densité, la résistance, et tous les caractères des cartilages, etc. Cette transformation morbide n'est même pas très-rare, mais soit qu'elle devienne un moyen de guérison pour une autre maladie, soit qu'elle constitue un véritable état maladif, elle ne devient jamais la source d'aucune indication thérapeutique ; il est même excessivement rare qu'on puisse la diagnostiquer. Nous n'en avons fait mention que pour éviter le reproche de l'avoir omise.

ORDRE SIXIÈME.

TRANSFORMATIONS OSSEUSES.

De la transformation osseuse en général.

Presque tous les tissus sont susceptibles d'éprouver la transformation osseuse, et il en est quelques-uns qui subissent presque constamment ce changement d'organisation par le seul effet des progrès de l'âge, tels sont les tissus cartilagineux, et les tuniques artérielles. Ainsi on rencontre très-souvent ossifiés chez les vieillards, les cartilages articulaires, ceux du larynx, et les cartilages costaux; il est très-fréquent aussi de trouver des ossifications de l'aorte et d'autres artères, dans les cadavres des personnes qui meurent à un âge avancé.

Mais la vieillesse n'est pas la seule cause de la transformation osseuse, même dans les cartilages; l'irritation la produit aussi quelquefois. C'est ce qui arrive pour les cartilages articulaires dans les inflammations chroniques des articulations qui déterminent des ankyloses; pour les cartilages du larynx, dans l'ulcération de la membrane muqueuse laryngienne; pour les cartilages costaux, dans la phthisie pulmonaire. La même cause détermine aussi dans quelques cas l'ossification d'autres tissus. On peut regarder en effet la transformation osseuse de l'arachnoïde, de la plèvre, du péricarde, de la tunique vaginale (dans les vieilles hydrocèles), comme un effet presque certain de l'irritation chronique de ces membranes; on n'en saurait douter lorsqu'on la voit survenir dans les membranes synoviales à l'occasion des phlegmasies articulaires chroniques. Il en est de même de l'ossificatian du périoste et de la membrane médullaire lors de la formation du cal; l'irritation paraît bien être la cause de cette transformation (1).

Enfin, cette transformation s'opère souvent sans qu'on puisse en deviner la cause; ces cas sont peut-être même plus com-

(1) *Rayer, Mémoire sur l'ossification morbide, considérée comme une terminaison des phlegmasies. (Archives générales de médecine, tom. 1.)*

muns que les précédens. C'est à eux qu'il faut rapporter la plupart des ossifications artérielles qui ne sont pas dues aux progrès de l'âge ; celles du cœur ou de ses orifices, celles du cerveau, du poumon, du foie, de la rate, du pancréas, de l'utérus, etc., dont on trouve quelques exemples dans les auteurs. Ces transformations ne se rattachent même pas à la théorie que nous avons exposée dans nos généralités ; il faut donc nous résigner à en ignorer le mode de génération.

Nous ne décrirons la transformation osseuse dans aucun des tissus où on peut l'observer; les détails dans lesquels il nous faudrait entrer ne doivent trouver place que dans les traités d'anatomie pathologique. Aucune considération pratique ne s'y rattache ; rarement on peut les reconnaître pendant la vie, et l'on y parviendrait dans tous les cas, que cette connaissance n'en resterait pas moins stérile, car l'art ne peut rien contre cet état morbide. L'ossification des orifices du cœur mériterait peut-être une description particulière, mais les symptômes qui l'accompagnent étant les mêmes que ceux de la transformation cartilagineuse de la même partie, les mêmes aussi que ceux du rétrécissement spasmodique de ces orifices, nous avons cru devoir en renvoyer l'histoire parmi celle des *rétrécissemens*.



FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE

DU DEUXIÈME VOLUME.

DEUXIÈME CLASSE DE MALADIES.

TROISIÈME CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS, CONSISTANT DANS LEUR TRANSFORMATION EN D'AUTRES TISSUS NORMAUX, OU TRANSFORMATIONS MORBIDES. Page 566

FIN DE LA TABLE DU DEUXIÈME VOLUME.

